



**Diakonissehjemmets
Høgskole**



KAREN LOUISE PEDERSEN

PÅRØRENDES OPPLEVELSE AV POLITIASSISTERT TVANGSINNLEGGELSE I PSYKIATRISK INSTITUSJON

Fou-rapport Diakonissehjemmets høgskole 2/2006

Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon

FOU-rapport
ved høgskolelektor
Karen Louise Pedersen

Diakonissehjemmets høgkole
26.01.2006

Diakonissehjemmets høgskole
Ulriksdal 10
5009 Bergen

2006

ISSN 0809-7062
ISBN 82-7928-086-3

Forord

Jeg vil først og fremst overbringe en varm takk til mine informanter. Dere fremstår som modige og sterke mennesker som tar ansvar for den dere er glad i. Jeg har selv en ung sønn med psykisk sykdom. Jeg er også sykepleier og høgskolelektor. Slik har jeg hatt to ulike perspektiv med meg inn til dette prosjektet, som pårørende og som helsearbeider. Arbeidet med prosjektet har vært tungt og meningsfylt.

Jeg retter en takk til min arbeidsgiver Diakonissehjemmets Høgskole i Bergen som har tildelt meg FoU-ressurs til arbeidet med dette prosjektet. Som diakonal institusjon har høgskolen som en av sine målsetninger å være budbringer for grupper i samfunnet som av ulike grunner ikke får et verdig helsetilbud. Førsteamanuensis Herdis Alvsvåg ved Universitetet i Bergen, har gitt meg veiledning. Det at Herdis har vært genuint interessert i saken selv, har vært av uvurderlig betydning.

Karen Louise Pedersen

Innholdsfortegnelse

PÅRØRENDES OPPLEVELSE AV POLITIASSISTERT TVANGSINNLEGGELSE I PSYKIATRISK INSTITUSJON	I
FORORD.....	III
SAMMENDRAG	1
INNLEDNING	2
TILGRESENDE FORSKING	4
METODEN I UNDERSØKELSEN	6
<i>Utvalgskriterier og prosedyre</i>	<i>6</i>
<i>Beskrivelse av forskningsmaterialet.....</i>	<i>8</i>
<i>Forskningsetiske hensyn</i>	<i>8</i>
<i>Metodens teoretiske fundament.....</i>	<i>9</i>
<i>Analysen.....</i>	<i>11</i>
KRITISKE OVERVEIELSER I FORHOLD TIL METODEN	13
EN DISKURS OM POLITIASSISTERT TVANG.....	16
HJELPELØSHET OG AMBIVALENS	16
VERNESAMARBEID	18
NØDVENDIG POLITITVANG	20
<i>Nødvendig smerte.....</i>	<i>20</i>
<i>Politiet gir omsorg og vern til den pårørende.....</i>	<i>23</i>
KAMP FOR VERNESAMARBEID	25
<i>Himmel og jord settes i bevegelse.....</i>	<i>26</i>
<i>Å ikke bli trodd.....</i>	<i>27</i>
<i>Pårørende som krisehåndterer.....</i>	<i>29</i>
SAVNET VERNESAMARBEID	31
UNØDVENDIG POLITITVANG	36
<i>Unødvendig smerte</i>	<i>37</i>
<i>Stigmatisering</i>	<i>38</i>
<i>Krenkelse og overgrep</i>	<i>40</i>
<i>Avmakt og skyld</i>	<i>45</i>
MENING I DET MENINGSLØSE.....	48
POLITIASSISTERT TVANG - ET UTVIDET PERSPEKTIV	49
DILEMMA VED TVANGSINNLEGGELSER.....	49
<i>Når den syke ikke ønsker hjelp.....</i>	<i>49</i>
<i>I skjæringspunktet mellom familiens og vernesystemets ansvar</i>	<i>51</i>
POLITIASSISTERT TVANG - VERN ELLER STRAFF?	59
VERNESYSTEMETS NEMESIS	62
<i>Et sykdomsfremmede ekspertvelde.....</i>	<i>62</i>
ET EKSKLUDERENDE SYSTEM	64
ET KRITISK PERSPEKTIV PÅ DIALOGEN MELLOM HELSEVESENET OG PÅRØRENDE	67
<i>Pårørendes rolle i et utenfra-perspektiv</i>	<i>68</i>
<i>Pårørendes byrde og ansvar i et innenfra-perspektiv.....</i>	<i>71</i>
<i>Mot et paradigmeskifte i helsevernets syn på pårørenderollen.....</i>	<i>73</i>
<i>Et spissformulert perspektiv.....</i>	<i>75</i>
AVSLUTNING	78
REFERANSER	80
VEDLEGG	85

Sammendrag

Dette prosjektet formidler pårørendes opplevelse av politiassistert tvang i forbindelse med innleggelse i psykiatrisk institusjon. Deres erfaringer er formidlet gjennom anonyme skriftlige fortellinger. Fortellingene er analysert ved en kritisk hermeneutikk, inspirert av den franske filosofen Paul Ricoeurs tekstteori.

Ikke uventet forteller pårørende at politiassistert tvang er en stor tilleggsbelastning i en situasjon som fra før er meget vanskelig å håndtere for familien. Det er stigmatiserende når politiet opptrer uniformert, og det er krenkende at syke mennesker blir påført håndjern i slike sammenhenger. Den syke blir kriminalisert og familien kjenner seg krenket. Det som er mer uventet er at politiet også kan fremstå som ”de gode hjelperne” for pårørende. Helsevesenet gir i det vesentlige ingen støtte og oppfølging. Familien må håndtere sine kriser selv.

Majoriteten av informantene har opplevd at polititvang skjer fordi pårørende ikke blir hørt eller trodd når de ber om hjelp til den syke. Politiassistert tvang beskrives også som en konsekvens av svingdørsproblematikken. Mange av informantene har erfaring med at helsevesenet uten omsvøp lar politiet ta oppgaven med å bringe den syke til legevurdering. En av dem evaluerer erfaringene med politiassistert tvang som følger:

”Jeg ser ingen grunn til å bebreide politiet, men jeg bebreider norsk helsevesen og spesielt psykiatrien, som har akseptert å administrere slike krenkelser av sine egne pasienter”.

Noen har imidlertid erfaring med at en tvangsinnleggelse med politi finner sted fordi helsevesenet må gi tapt i sitt forsøk på frivillighet. Uansett om pårørende ser politiassistert tvang som nødvendig eller ikke, er smerten i møte med den sykes smerte fellesnevneren for de opplevelser som formidles.

Rapporten konkluderer med at hvis helsevesenet vegrer seg for å gi hjelp i tide eller ikke er villig til å anvende tvang før situasjonen tilspisser seg, forringer det behandlingsmulighetene. Samtidig går det på bekostning av familiens rett til medbestemmelse, autonomi og frihet. Pårørende i dette prosjektet beskriver seg som stolte omsorgsgivere som tar ansvar. Helsevesenet derimot møter dem i stor grad med paternalisme og umyndiggjøring. Skal den sykes velferd ivaretas, må fundamentet for samarbeid mellom familien og helsevernet bygges på myndiggjøring av pårørende.

Det som formidles gjennom dette prosjektet, har verdi utover forhold knyttet til politiassistert tvang. Det handler om hvordan det kan være for en familie å ha omsorg for brukere av helsevesenets tjenester som ikke har evne eller vilje til selv å etterspørre denne ”tjenesten”. Det være seg i demensomsorgen, i omsorg for mennesker med psykisk utviklingshemming, i rusomsorgen eller innen barnevernet.

Innledning

Daglig blir psykisk syke mennesker pågrepet i hjemmet av uniformert politi og fraktet i uniformert kjøretøy til legevakt for vurdering om innleggelse i psykiatrisk institusjon. Situasjonen utspiller seg fremfor øynene til naboer og forbipasserende. Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) mottar jevnlig henvendelser fra medlemmer som har opplevd politiassistert tvang som uverdig.

Samtidig er det slik at den pårørende i psykiatrien ofte ikke ønsker å snakke åpent om erfaringer med psykisk sykdom til andre enn dem i den nære familien (Sverdrup og Bratt 2003). Slik fremstår de heller ikke som en pressgruppe i media. Det viser seg ved at pårørende i forsvinnende liten grad formidler sine erfaringer eksempelvis i avisartikler (Morlandstø 2003). Når det gjelder erfaringer med politiassistert tvang, kan den pårørende i enda større grad vegre seg for åpenhet, i og med at det innbefatter å fortelle hvorfor deres nærmeste trenger hjelp.

Mennesker som utsettes for tvang i psykisk helsevern har som oftest en såkalt alvorlig sinnslidelse. For den pårørende innebærer det kortere eller lengre perioder med stort omsorgsansvar. Lidelsen kan gi seg utslag enten i meget høy eller ekstremt nedsatt fysisk aktivitet og "uakseptable" og "unormale" handlinger. Den syke kan også trekke seg bort fra relasjoner eller han viser ikke glede og sorg. Ved schizofrenilignende tilstander kan også evnen til å uttrykke seg gjennom språket endres slik at kommunikasjonen blir vanskeliggjort (Marneros & Andreasen 1992, Schock & Gavazzi 2005). Ikke sjelden er det slik at den syke selv ikke har evne eller vilje til å oppsøke hjelp. Da er det de pårørende som må være hans talsmann overfor helsevesenet.

Bakgrunnen for at det i mange sammenhenger er politiet og ikke helsepersonell som avhenter den syke når det blir snakk om å bruke tvang, fremgår av det lovverket som regulerer bruken av tvang i psykisk helsevern. Hvordan en tvangsinnleggelse i institusjon skal foregå, er regulert gjennom Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, iverksatt 1.1. 2001 (heretter omtalt som Psykisk Helsevernloven). Vilkårene for at tvang kan anvendes, er at frivillighet er forsøkt uten hell, eller at det er åpenbart formålsløst å forsøke dette (§ 3.3). For at pasientens rettssikkerhet skal

ivaretas, skal han undersøkes av to leger, som uavhengig av hverandre foretar en vurdering av pasientens behov for tvungen behandling og pleie. Den første undersøkelsen foretas utenfor institusjonen, og den andre innen tjuefire timer av lege tilknyttet spesialisthelsetjenesten (§ 3-4). Legen utenfor institusjonen kan i følge § 3-5, *om nødvendig*, søke bistand fra annen offentlig myndighet (i regelen politi- og lensmann), både for å få undersøkt vedkommende og for å bringe ham til sykehuset.

Høyer og Dalgard (2002) påpeker i sin lærebok i rettspsykiatri at helsevesenets mulighet til bistand fra politiet med tiden er blitt en sedvane her i landet, spesielt i de større byene. Det som skjer er at fastlegen eller legevaktjenesten, når de mottar telefonhenvendelse som tilsier vurdering om tvangsinnleggelse, ber politiet om å avhente den syke der han befinner seg. Når legen ber politiet om bistand, plikter politiet etter Politiloven § 2 – 4, å utføre oppdraget. I de store byene innebærer dette som regel at uniformert politi avhenter den syke og transporterer ham til sykehuset, gjerne uten at helsepersonell er tilstede i situasjonen ¹.

Det er imidlertid ikke mulig å fastslå hvor utbredt politiassistert tvangsinnleggelse er eller hvor ofte politiet opptrer i uniform eller ikke. Det foreligger ingen statistikk som skiller andelen politiassisterte tvangsinnleggelser fra det totale antall tvangsinnleggelser². I det enkelte politidistrikts statistikk skilles heller ikke oppdrag med tvangsinnleggelser fra andre oppdrag politiet har for psykiatrien. Andre oppdrag er transport av tvangsinnlagte pasienter mellom institusjoner og passivt og aktivt søk etter pasienter som har rømt fra tvungent opphold i institusjon. Politiet avhenter også pasienter som ikke vender tilbake til institusjonen etter endt permisjon. Ved Oslo politidistrikt ble det i 2004 registrert 2 280 oppdrag for psykiatrien. Tilsvarende tall for Bergen politidistrikt var ca. 1 200, noe som innebærer en økning på 20% fra året 2002³.

¹ Opplysninger gitt av visepolitimester Geir Gudmundsen i Hordaland politidistrikt, fra diverse medieinnslag i årene 2002 – 2005, og fra foredrag ved Konferanse om frivillighet og tvang i psykisk helsevern i Oslo den 3. og 4. mai 2004 arrangert av Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) i samarbeid med Universitetet i Tromsø, Mental Helse Norge, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Psykologforening, Den Norske lægeforening og Rådet for Psykisk Helse.

² Opplyst ved e-post 5. mai 2003 av seniorrådgiver Bjørg Gammersvik, Sosial- og Helsedirektoratet.

³ Opplysninger innhentet fra Oslo og Bergen politidistrikt i mai 2005.

Jeg ønsker med dette prosjektet å bidra til en debatt omkring politiassistert tvang i Norge slik den erfares fra den pårørendes ståsted. Politiets rolle belyses ut fra norske forhold fordi vår lovgiving og organisering av det psykiske helsevernet er forskjellig fra andre vestlige land. Det er også store variasjoner mellom landene innbyrdes i forhold til hvordan politiet blir involvert i psykiatrien (Høyer og Dalgard 2002: kap 9). Utfordringer i tvangsproblematikken diskuterer jeg etter presentasjon av empirien. Sentreringspunktet er hvordan en tvangsinnleggelse med bistand av politiet oppleves av den pårørende. Hver enkelt situasjon er unik. Den overordnede problemstillingen er:

Hvordan opplever den pårørende politiassistert tvangsinnleggelse?

For å finne svar på problemstillingen har jeg henvendt meg til pårørende som har erfaring med politiassistert tvang. De pårørende er bedt om å skrive ned sine erfaringer i fortellende form. De formidler sine historier fritt uten å bli ledet mot spesielle områder eller årsaksforhold. Mitt datagrunnlag er en kvalitativ tekststudie basert på anonyme fortellinger.

Tilgrensende forskning

Jeg har søkt hjelp til å finne eventuell tidligere forskning om pårørendes opplevelser av politiassistert tvang hos følgende personer: Professor i sosialmedisin Georg Høyer og overlege Tordis Sørensen Høifødt, begge ved Universitetet i Tromsø, professor Arne Holte, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, seksjonsoverlege Birgitte Boye og avdelingsoverlege Ulrik Fredrik Malt. De to sistnevnte ved Rikshospitalet i Oslo. Ingen av disse kjenner til forskning som retter seg direkte mot pårørendes opplevelse av politiassistert tvang i Norge⁴.

Høyer uttaler seg på bakgrunn av forskning de siste tretti årene i forhold til tvangsproblematikken i psykiatrien. Høifødt uttaler seg som prosjektleder for den delen av det såkalte Gjennombruddprosjektet (Føyn & Mathisen 2002) hvor målet var å redusere tvangsbruk. Holte har blant annet vært prosjektleder for en kvalitativ studie om foreldres erfaring med diagnosen schizofreni (Holte, A., Egemark, L. & Alfstadsæther, B. 2003). Boye og Malt har gjennomført studier rettet mot pårørende i psykiatrien (Boye & Malt 2002).

⁴ Opplysninger innhentet via e-post fra: Georg Høyer per 29. april 2003 og februar 2004, fra Arne Holte juli 2003 og fra Birgitte Boye, Ulrik Fredrik Malt og Tordis Sørensen Høifødt sommeren 2005.

Ved kombinerte søk i databaser⁵ har jeg funnet både norske og internasjonale studier som har relevans i forhold til det mine informanter forteller om generelle erfaringer som pårørende. Flere av disse studiene inngår i diskusjonsdelen av rapporten.

Det er kun funnet en studie som retter seg direkte mot pårørendes opplevelse av tvangsinnleggelser. Denne studien er utført ved universitetet på Hawaii og er basert på dybdeintervju av mødre til voksne sønner med schizofreni. Informantene forteller her at tvanginnleggelsene fant sted fordi de syke ikke får hjelp i tide (Crisanti 2000).

I norske studier forteller mange pårørende om tvangsinnleggelser når de blir spurt om andre forhold knyttet til pårørenderollen. Hos Holte et. al. (2003) er informantene meget klar på at tvangsinnleggelser skjer fordi den syke ikke får hjelp i tide. I en intervjuundersøkelse med fokus på pårørende til psykisk sykes generelle erfaringer (Viljugrein 1998), sier informantene at de må krisemaksimere sine problemer for å få hjelp. Resultatet er da at det er politiet som kommer på døren. Tone Viljugrein hevder ut fra sine informanters erfaringer, at den syke slik blir stemplet som avviker, og at politiassistert tvang forsterker samfunnets syn på at psykisk syke mennesker er farlige.

Randi Lovise Nilsson Olsen (2002) har intervjuet polititjenestemenn og tidligere pasienter om erfaringer knyttet til polititransport. Her sier pasientene at det er flaut å bli hentet i politibil, og at det stempler dem som vanskelige pasienter. Pasientene mener også at politiet opptrer unødvendig brutalt, og at de viser dem liten interesse og sympati. Polititjenestemennene i Olsens undersøkelse mener at de gjør så godt de kan ut fra sine ressurser, og at helsevesenet gjør unødvendig bruk av deres tjenester. I og med at de selv ikke har medisinsk faglig kompetanse, og at den syke i utgangspunktet ikke ønsker å motta hjelp, ser politiet det som en fordel at de opptrer mest mulig nøytralt. De involverer seg minst mulig på det mellommenneskelige planet samtidig som de hevder at en traumatisk tvangsinnleggelse forsterker de psykotiske symptomene. På den andre siden mener polititjenestemennene at det er de som er best kvalifisert til å utøve fysisk makt, når det er påkrevd. De ser at det har betydning for

⁵ Det er søkt på kombinasjoner av MeSH-termene: “caregivers”, “commitment of mentally ill”, “compulsion”, “emergency service, psychiatric”, “experience”, “family” “family experience”, “forensic psychiatry”, “narration”, “police”, “relatives”, “restraint”, “relatives”, “restraint”, “schizophrenia” etc.

pasientene at de opptrer i sivil, noe som sjeldent lar seg gjennomføre på grunn av ressursmangel.

Metoden i undersøkelsen

I det følgende beskrives utvalgsprosedyre, materialet som er innhentet og de forskningsetiske hensyn som er tatt. Deretter gjøres det rede for det teoretiske fundament for metoden og hvordan analysen er gjennomført.

Utvalgskriterier og prosedyre

Kriterier for deltakelse er at informanten har erfaring med politiassistert tvangsinnleggelse av en person i nær familie. Empirien er i hovedsak innhentet fra tre avgrensede utvalg av den totale medlemsmassen i LPP. Jeg ønsket et utvalg på minimum femten og maksimum tretti og en viss spredning på landsbasis. En geografisk spredning er valgt for å få innblikk i mangfoldet i livserfaring utfra ulike demografiske og sosiale forhold.

Fullstendig anonymitet er gitt høy prioritet. Jeg som prosjektansvarlig kjenner i utgangspunktet ikke navn på personer i utvalget. Det er slik ikke mulig å nøste tilbake til informantens identitet. Videre er tekstene med informantenes erfaringer anonyme. Prosedyren ivaretar at informantene kan kjenne seg trygge på at det fortalte ikke gjenkjennes. Slik kan de fortelle fritt, uten å måtte forklare eller forsvare sitt budskap.

Første og andre anmodning om deltakelse i prosjektet er sendt ut av sekretariatet i LPP⁶ fra navnelister som er ukjent for meg. Tredje anmodning om deltakelse er videreformidlet av lokallag i LPP til deres respektive medlemmer.

Introduksjonsbrevet er tilpasset de forskjellige utsendelser, mens anmodningen om å skrive om sin erfaring er likelydende for de tre henvendelsene. Jeg vedlegger de tre forskjellige introduksjonsbrevene i det den likelydende anmodningen kun følger det første introduksjonsbrevet (Vedlegg 1a og b, 2, 3.)

Empirien er innhentet fra juni til oktober 2004. Første utsendelse (vedlegg 1a og b) ble sendt ut i juni 2004 til 58 voksne pårørende som hadde deltatt i et landsomfattende

⁶ LPP's medlemstallet per desember 2004 er 2.252.

skrivekurs⁷ i regi av LPP høsten 2003. Disse ble valgt i håp om at noen av dem satt inne med etterspurte erfaringer, og at skrivekurset kunne bidra til at de ville skrive om sine erfaringer. Resultatet ble seks tekster som jeg mottok i juli måned samme år.

Andre utsendelse (vedlegg 2 og 1b) gikk ultimo juli til 48 medlemmer av LPP som var deltakere på en landsdekkende tverrfaglig og tverretatlig konferanse om frivillighet og tvang i psykisk helsevern i Oslo mai 2004. Henvendelsen ble gjort utfra en antagelse om at noen av disse hadde erfaringer med politiassistert tvang. Resultatet medio august er ytterligere seks tekster. I og med at prosjektet berører et vanskelig tema og henvender seg til mennesker som kan ha en krevende hverdag, er det ikke sendt ut purring. Første og andre utsending utgjorde 106 anmodninger om deltakelse. Av disse fikk jeg inn tolv tekster.

Tredje utsendelse foregikk medio / ultimo august etter at alle lederne i lokallagene i LPP er forsøkt kontaktet per telefon. Jeg oppnådde kontakt med tjuefem av trettiseks ledere. Noen videreformidlet min anmodning om deltakelse i prosjektet på et forestående medlemsmøte. Andre rettet selv henvendelsen direkte til aktuelle informanter. Slik ble anmodning om deltakelse videreformidlet ut i ti av lagene (vedlegg 3 og 1b). Disse ti lagene er relativt jevnt fordelt i landet, med unntak av Finnmark fylke hvor LPP ikke har lokallforening. Parallelt kontaktet jeg per telefon to personer som, under fullt navn, hadde formidlet sine erfaringer som pårørende i media. I månedskifte september / oktober utgjorde empirien i alt tjuesju tekster.

Noen av informantene som ble innhentet ved tredje utsendelse, valgte å motta anmodningen per e-post, og returnerte deretter sine tekster som vedlegg til e-post. Disse understreket at anonymitet overfor meg som prosjektleder ikke er viktig for dem så sant rapporten ivaretar deres anonymitet.

Jeg mottok også brev fra pårørende som ikke innehar den etterspurte erfaringen, men som skrev til meg for å understreke betydningen av prosjektet. Jeg fikk også tilsendt tekster fra mennesker som selv har vært utsatt for politiassistert tvang. Disse er anonymisert og arkivert til et eventuelt oppfølgende prosjekt.

⁷ Skrivekursene er ledet av forfatter Liv Marie Austrem, gjennomført åtte ganger og over tre dager med seks til åtte deltakere per kurs.

Beskrivelse av forskningsmaterialet

De innhentete tekstene er enten i maskintekst eller skrevet for hånd. Overført til maskinskrevet tekst med halvannen linjeavstand varierer lengden på fortellingene fra en halv til fire og en halv side, nærmere angitt fra 98 til 1564 ord. To tekster ligner mer et manifest eller debattinnlegg, med korte innslag i fortellende stil. De resterende tjuefem tekstene har karakter av fortellinger.

Familierelasjoner til den syke, slik det fremkommer i fortellingene, lar seg identifisere som følger: Ti mødre til åtte sønner og til to døtre, sju forelderpar (vi-form) til seks sønner og til en datter, fem fedre til to sønner og til tre døtre, to ektemenn og en datter til mor. To av tekstene forteller i jeg-form om relasjon til sin sønn, uten at det fremgår om det er mor eller far som skriver. Seksten av tekstene angir at den syke har diagnosen schizofreni, og to tekster at det er snakk om manisk depressiv sykdom. I de resterende ni tekstene nevnes ikke diagnosen spesifikt. Utfra det fortalte må en anta at det er snakk om alvorlig sinnslidelse. En tekst nevner diagnosen rus og psykiatri og i en annen tyder innholdet på at det er snakk om stemningslidelse.

Forskningsetiske hensyn

Prosjektet er meldt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest) og til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). REK Vest bekrefter at prosjektet ikke er fremleggingspliktig (vedlegg 4), og NSD bekrefter at prosjektet ikke utløser meldeplikt eller konsesjonsplikt (vedlegg 5). Jeg gjorde det klart i min anmodning om deltakelse i prosjektet at de innsendte tekstene ikke måtte inneholde navn på involverte parter (vedlegg 1b). Når det gjelder tekster som er mottatt per e-post, er innholdet overført til annet dokument, og e-posten deretter slettet.

Anonymiteten er videre ivarettatt ved at sitatene som er gjengitt i rapporten ikke inneholder beskrivelser som skal kunne tilbakeføres til konkrete situasjoner. Personnavn, som forekommer i noen av de originale tekstene, er enten erstattet med personlig pronomen, eller med fiktive navn der det anses som viktig for å formidle den personlige stemmen i sitatet. Ellers er sitatene gjengitt ordrett.

I analysen ble tekstene tallkodet fra en til tjuesju. For at sitatene ikke skal kunne settes i sammenheng til hele tekster, slik at situasjonene kan blir mer gjenkjennbare, er tallkodene på tekstene som hvert sitat stammer fra, ikke angitt når jeg senere i rapporten henviser til empirien. Når tekstene, både ut fra analysens karakter og av hensyn til kravet til anonymitet, er oppstykket i sitat, kan budskapet forringes og fordreies. Dette kan føre til at noen informanter kan kjenne seg sviktet fordi helheten i det de fortalte er oppstykket og satt inn i andre sammenhenger.

En annen etisk utfordring har vært at deltakelse i prosjektet kan vekke til live vonde minner. Mange informanter formidler bilder av svært sterke scener. I og med at informantene var anonyme, var det ikke mulig å tilby den enkelte en oppfølgende samtale i ettertid. Jeg håper at de informantene som er medlemmer av LPP, gjennom sitt sosialt nettverk der fant noen å snakke med om nødvendig.

Metodens teoretiske fundament

Studien søker å avdekke det unike og situasjonsbestemte som utkrystalliserer seg som et mønster i opplevelsen av politiassistert tvang. Tema- eller emneområder, fenomener eller særtrekk kan være felles for pårørendes opplevelse av politiassistert tvang eller de kan være enestående. Jeg søker å beskrive det som kan være enestående og det som kan være forskjellig i de tjuesju fortellingene jeg har analysert.

Det teoretiske utgangspunktet for den metodiske tilnærmingen er den franske filosofen Paul Ricoeurs (1913 – 2005) fortellings- og tekstteori. Ricoeur ser både fortellingen og teksten som et symbol på menneskets handling. Fortellingens form er egnet til å ordne og holde fast på opplevelser fra sammensatte situasjoner slik at de inngår i meningsfylte sammenhenger. Ricoeur ser teksten som en ”diskurs festet til skriften”, en utvendiggjøring av våre handlinger. Denne utvendiggjøringen av våre handlinger kan føre til endret praksis hos den som leser den.

Kjernepunktet i Ricoeurs forståelse av fortellingen er at den er en kontinuerlig prosess hvor opplevelsen går fra praksis og videre fram til ny praksis. Han ser fortellingen som en tekst som reforteller og belyser våre opplevelser. Fortellingen gir slik livet mening. Ved dens form låner den opplevde og den fysiske tid eksistens fra hverandre

ved at fiksjon og virkelighet virker sammen. Slik gir fortellingen oss en forestilling av, eller et bilde på verden, ved de handlingsvalg den formidler. Et vesentlig anliggende for Ricoeur er at fortellingen alltid formidler en moral. Uansett hvilken handling fortellingen formidler, vil handlingen i større eller mindre grad ha i seg overveieelse i forholdet mellom det gode og det onde (Kemp 1999).

Når Ricoeur ser teksten som et symbol på våre handlingsvalg, retter han oppmerksomheten mot dens begrensninger og muligheter. Begrensningen består i at teksten mangler den muntlige samtalsens mulighet til dialog. I muntlig samtale formidler vi budskapet blant annet ved mimikk og stemmeleie. Vi kan også peke direkte på det vi sier noe om, som for eksempel ved å si: ”Det er *dette* bordet jeg snakker om”. Teksten er en utvendiggjøring av det budskapet forfatteren ønsker å formidle og som er nedfelt i ordene. Hvordan setningene bygges opp og hvordan hele teksten fremtrer bidrar til denne utvendiggjøringen. Når budskapet slik er nedlagt i skriften, er det leseren som har ansvar for tekstens budskap ved de spørsmål han stiller den og de svar han mener å motta. Ricoeurs endringsorienterte kritiske hermeneutikk har som mål at møtet med teksten skal bidra til bedret praksis frem i tid, hvis nødvendig (Ystad 1999).

Fordi forfatterens fortolkning av verden er nedfelt gjennom språkssystemet, skal teksten i følge Ricoeur møtes først som ”en høring” og deretter som ”en skisse til lesning” (Ystad 1999). Tekstens mening fremkommer i samspillet mellom hvordan den er fremstilt og hva den sier, den mening den refererer til. Først søkes det etter tekstens mening ved å lese den naivt i størst mulig nærhet til det fortalte. Deretter forklares budskapet utfra tekstens stil, hvor det er mer avstand til teksten. Slik fremkommer et skille mellom tekstens *mening*, som er det budskapet forfatteren har festet til skriften, og tekstens *betydning*, som er forskjellig for hver lesning og for hver den som leser den. En tekst har slik kun en mening, den forfatteren har nedfelt, og mange betydninger utfra hver lesning (Ricoeur 1970, 1984).

For å komme inn til dette samspillet og finne de fortellende tekstenes betydning, er tekstene som er innhentet i dette prosjektet om politiassisterte tvangsinnleggelser, analysert ved en kombinasjon av hermeneutisk fenomenologisk fortellingsanalyse og sosiolingvistisk strukturanalyse.

Analysen

Den hermeneutisk fenomenologiske analysen tar utgangspunkt i en fortellingsanalyse beskrevet av Max van Manen (1997). Analysen har fokus på levd erfaring. Den starter med at det nedfelles en temasetning som rommer et umiddelbart helhetsinntrykk av teksten. Denne første fasen av analysen sidestiller jeg med det å motta teksten som en "høring" uten motforestillinger, slik Ricoeurs tekstteori tilsier. Videre letes det etter hvilke karakteristiske utsagn i teksten som ledet mot temasetningen og som derved underbygger den. Deretter blir teksten lest mer kritisk for å finne større tekstdeler som utdyper og eventuelt endrer temasetningen.

Hver tekst i empirien ble på denne måten uttrykt i en temasetning som i et nøtteskall formidler tekstens samlede budskap. I og med at det var helhetsinntrykket som var viktig, kunne en lang tekst gjerne uttrykkes i en meget kort setning og omvendt. Eksempel på korte temasetninger ble utsagn som: "*En uverdigg kamp i et ingenmannsland*" eller "*Et håp om hjelp fra høyere makter.*" For andre tekster ble temasetningene lengre og mer sammensatte, som for eksempel: "*Når politiet kommer, går verden i grus, men ved deres hjelp blir livet igjen til å holde ut.*" eller som: "*Når politiet demonstrerer mangel på folkevett og helsevernet ekspederer seg bort fra sitt ansvar, må den pårørende ta skjeen i sin egen hånd*". I vedlegg 6 er de tjuesju temasetningene gjengitt, en for hver tekst.

Deretter ble tekstene analysert ved en sosiolingvistisk analyse beskrevet av William Labov og fremstilt i moderert form av Catherine Kohler Riessman (1993). Labovs analyse bygger på at den generelle eller ideelle fortellingen karakteriseres av seks menings- eller strukturelementer. Den starter med en *innledning til hoveddelen* som består av en *orientering*, deretter kommer poeng eller *plott*, etterfulgt av *vurdering* og *evaluering*. Avslutningen er en oppsummering av fortellingen, gjerne med et budskap frem i tid (*coda*). Ved å følge Labovs analyse letes det etter forekomsten av strukturelementene, deres meningsinnhold og hvordan teksten er bygget opp ved elementenes innbyrdes plassering. På samme måte som i Ricoeurs tekstteori er det her viktig å se etter hvordan tiden, rommet og relasjonen fremtrer i fortellingene.

I noen av tekstene var meningsselementene satt i den rekkefølge som Labov sier kjennetegner den ideelle fortellingen. Mange var derimot preget av ”uorden”, og flere av tekstene var sammensatt av mange fortellinger flettet i hverandre. I noen tekster var ett eller flere strukturelement utelatt til fordel for stor plass til poenget (plottet) eller til vurdering og evaluering av poenget.

Når det gjelder hvordan tid, rom og relasjon fremtrer i tekstene, går det et skille mellom kortere tekster som formidler *en* vesentlig eller epokegjørende erfaring og tekster som har i seg mange fortellinger. Sistnevnte vandrer ofte frem og tilbake i tid. De beskriver hvordan relasjoner endres over tid og angir mer konkret hvor situasjonene fant sted. Kortere tekster formidler helst øyeblikkets opplevelse spesielt knyttet til relasjoner og uttrykt i normative former. Unntaket er to korte tekster fremsatt i ren deskriptiv form preget av kognitive vurderinger. Disse angir ikke tid og rom og ligner derfor mer på manifest enn på fortellinger. Følelser som knytter seg til relasjoner, er i de aller fleste tekstene formidlet med sterke adjektiv krydret med bilder.

Slik ble hver teksts mening først mottatt uten motforestillinger og uttrykt i et nøtteskall gjennom en temasetning, og deretter forklart mer kritisk. I følge Ricoeurs tekstteori ble hver tekst dermed mottatt først som ”en høring” uten motforestillinger og så forklart i kritisk avstand som en ”skisse til lesning”.

Tilslutt ble hver teksts betydning angitt ved å se den hermeneutisk fenomenologiske analysen og strukturanalysen i sammenheng. For å illustrere fasene i analysen for hver tekst, vedlegger jeg analyseresultatet for tre av tekstene (Vedlegg 7). I forhold til resultatet av strukturanalysen, henviser jeg kun til hva innholdet i meningsselementene handlet om. Dette for å unngå at hele teksten blir sitert slik at den kan gjenkjennes.

Alle tekstene ble så analysert som en samlet diskurs. Det vil si som *en* nyansert fortelling om hvordan politiassistert tvang kan oppleves av pårørende. Denne diskursen fremkom ved at en teksts undertema eller underfenomen ble satt i sammenheng med andre teksters overordnede fenomen og omvendt. Slik er det som formidles i en teksts orienterings-, vurderings-, eller vurderingsdel, knyttet til plottet i en eller flere andre teksters plott. Sagt på en annen måte, fenomen og utsnitt av

tekstene som underbygger fenomenene, ble satt sammen med det samme fenomenet i andre fortellinger slik at de inngår i nye sammenhenger.

Tekstens meningsmangfold samlet seg da i noen felles mønster eller emneområder som viser både mangfoldet og den særegne betydningen av opplevelsen av politiassistert tvang. Et eksempel på dette er at plottet i flere av tekstene handler om pårørendes forhold til helsevesenet. Dette forholdet fremkommer også i meningselementer i tekster der hvor plottet omhandler noe annet.

Ved gjengivelsen av empirien senere i rapporten refererer jeg til en tekst som skiller seg innholdsmessig vesentlig fra de andre. Samtidig forteller den om det som kan ses som felles for pårørendes opplevelser ved en tvangsinnleggelse. Det er en lang tekst med mange fortellinger flettet i hverandre, og som veksler jevnt mellom normativ og deskriptiv fremstilling. Denne fortellingen har jeg valgt å kalle for en mønsterfortelling fordi den står som et forbilde på hvordan det ideelle samarbeid mellom helsevesenet og familien kan være sett fra den pårørendes ståsted.

Kritiske overveielser i forhold til metoden

En av tekstene i empirien innledes som følger: *"Vanligvis er jeg skeptisk til slik forskning, da jeg ikke vet om det bringer til noe resultat"*. Jeg kan til dels si meg enig i utsagnet. Det er først og fremst studier basert på kvantifiserbare data som vinner fram som "bevis" for forhold knyttet til psykiatrien. Denne studien kan ikke føre bevis for hvordan noe er eller ikke er ved å vise til tall eller årsak-virkning. En kvalitativ teststudie basert på fortellingen avdekker derimot nyanserikdommen i informantens livserfaring og livsgrunnlag. Det unike og situasjonsbestemte kan overbevise gjennom fortellingen ved at vi kan kjenne oss igjen i det fortalte. Fortellingen formidler noe om det som vi mennesker har til felles uansett livsbetingelser og de sammenhenger vi står i.

Når informantene i det vesentlige er medlemmer av LPP, som igjen i hovedsak er foreldre til psykisk syke, kan utvalget gi et ensidig bilde av hvordan den pårørende opplever politiassistert tvang. Det kan også stilles spørsmål ved om det kun er mennesker som har opplevd spesielt vanskelige situasjoner som svarer på denne type

undersøkelser. Det er mulig, men nødvendigvis ikke slik. I LPP er det medlemmer med ulike oppfatninger og erfaringer.

Da jeg i tredje fase av innhenting av informanter henvendte meg til lederne i lokallagene, fikk jeg vite at noen av deres medlemmer allerede hadde mottatt anmodning om deltakelse. Disse hadde ikke svart på henvendelsen til tross for at de hadde opplevd politiassistert tvang. For noen var det slik at de vegret seg for å gjenkalle vonde minner. Andre var i en så vanskelig livssituasjon at de ikke hadde overskudd til å skrive om sine erfaringer med tvangsinnleggelse. På den andre siden er det tenkelig at mennesker med mindre dramatiske erfaringer ikke tar seg bryet med å skrive.

Når prosjektet er fullstendig anonymisert, kan ikke informantene stille meg spørsmål til avklaring. Det kan påvirke resultatet. Det finnes flere tolkningsmuligheter av brevene som ble mottatt. To tekster viser at informanten har tolket anmodningen om å skrive til at det som skal sies om politiet, er det negative. Den ene innleder med: *"I disse dager med så mye negativ fokusering på tvangsinnleggelse hvor politiet har vært inne i bilde, synes jeg det er på sin plass at jeg forteller min historie."* Den andre avsluttes med: *"Jeg har altså intet negativt å si om politiet"*. I de resterende tekstene står det intet om hva informantene tror er forventet av dem. De går rett på sak, og flere innleder med at de er glad for å kunne formidle sin historie.

Når den pårørende skriver om sine erfaringer, skjer det en kontinuerlig reduksjonsprosess (Riessmann 1993:kap 1). Nye erfaringer gjennom tiden påvirker også minnet slik at nå-situasjonen virker tilbake til da-situasjonen. Tekstuell formidling kan i denne sammenheng ha forrang fremfor det kvalitative forskningsintervju fordi selve skrivearbeidet kan gi større rom for å ordne sine erfaringer og mer tid til ettertanke.

Møte med empirien preges av mine egne erfaringer som både åpner og reduserer budskapet. Fordi jeg som pårørende selv har erfaring med politiassistert tvang, har jeg i arbeidet med analysen vært kritisk innstilt til mine egne fordommer. Prosjektet er underveis diskutert i faggruppen i utdanningen for Bachelor i Sykepleie ved Diakonissehjemmets høgskole i Bergen, og selvsagt også med min veileder Herdis

Alvsvåg. Leseren av rapporten vil forstå det som formidles utfra sine fordommer slik at bildet for den enkelte blir forskjellig (Riessman 1993: kap 1). Selv om leseren ikke har kjennskap til hvordan det er å være pårørende i psykiatrien, vil prosjektets gyldighet avhenge av om leseren kan kjenne seg igjen i de tankebaner, følelses- og reaksjonsmønstre som beskrives.

Prosjektets pålitelighet kan begrenses av at det ikke er mulig å stille avklarende eller utdypende spørsmål til forfatteren. Når så tekstene møtes med en kritisk, endringsorientert hermeneutikk, tar analysen en lengre omvei til erfaringen enn ved ”ren” hermeneutisk fenomenologisk tolkning. Selv om den bygger på fenomenologisk beskrivelse av levd erfaring, er den også avhengig av min evne til kritisk vurdering og av min kunnskap om det samfunnet informantene lever i.

I analysen vektlegges nå-kontekst ved å nedtone da-kontekst. Da-konteksten er den kontekst kun informanten er ekspert på. Det kan være både positivt og negativt. Det positive er at det kan gi innsikt til endret praksis. Ulempen er at noen av situasjonene som formidles kan ha skjedd år tilbake i tid. Opplevelsen av politiassistert tvang har, uansett tidsepoke, en verdi gjennom at det situasjonsbestemte har i seg noe allmenngyldig som kan peke på en ny praksis der det er nødvendig.

En diskurs om politiassistert tvang

Resultatet av analysen er presentert gjennom sitat fra empirien. Presentasjonen er underbygget og flettet sammen i en fortolkende tekst. Empirien fremstår dermed som en diskurs, en tekstuell dialog mellom tekstene som viser en samlet betydning av forskningsmaterialet. Mangfoldet i opplevelsen av politiassistert tvang gjenfortelles slik gjennom en ny fortelling. Sitatene er skrevet i kursiv. Stedsnavn og navn på institusjoner er utelatt og erstattet med klammeparenteser. Klammeparentes forekommer også der det er brudd i sitatene.

Et uttrykk som går igjen i diskursen, er ordet `vernesamarbeid`. Uttrykket er konstruert og har sin opprinnelse i ordet `psykisk helsevern` eller `verneapparatet`, et uttrykk som fremkommer i flere av tekstene. Saken er at majoriteten av de pårørende forteller at samarbeidet med helsevesenet om vern av den syke er vaklende, bristende eller totalt fraværende. I den sammenheng harselerer de med begrepet `vern` og omformer det til uttrykk som har i seg overgrep og traume. Når familien blir utestengt fra samarbeid med helsevernet, får de heller ikke omsorg og vern for sin egen del.

De pårørende har et sterkt ønske om vernesamarbeid fordi de er talsmenn for den syke når han ikke selv innser sitt behov for hjelp, når han ikke har evne til å be om hjelp eller når han ikke selv blir hørt av hjelpeapparatet.

Hjelpeløshet og ambivalens

Den pårørende beskriver bakgrunnen for politiassistert tvang ved å fortelle om sin erfaring med progredierende psykisk sykdom. Det kan også handle om at den syke trenger hjelp etter at han nylig er utskrevet fra institusjon som ”ferdig behandlet”. For noen er det snakk om at deres familiemedlem ikke ønsker å vende tilbake til psykiatrisk institusjon etter såkalte permisjoner.

Uansett forhistorie er det tungt å ha omsorg for et familiemedlem med alvorlig psykisk sykdom. Hvis den syke i tillegg gjør familien til fiende, blir situasjonen om mulig enda vanskeligere:

Disse pasientene kan være til skade for seg selv, fordi de ofte føler seg forfulgte, har tvangstanker og er virkelighetsfjerne. De ødelegger økonomien sin for å komme seg unna. De nekter å bruke medisin. Ingenting er galt med dem, bare omgivelsene og også familien, når de går i psykose. Nå skjønner du at jeg snakker om et kjært familiemedlem som fikk diagnosen schizofreni i godt voksen alder. Etter god utdanning, god jobb. Samliv. Med andre ord et "normalt" liv før han ble [...] år.

I debutfasen av sykdommen stiller familien opp så langt som råd er i håp om tilfriskning:

Sønn [...] fikk psykisk sammenbrudd under studiene i november 199... Vi i familien ønsket ikke innleggelse i psykiatrisk sykehus. Ventet i det lengste dvs ca fire måneder. Han ble mer og mer psykotisk. Nektet å ta medisiner. Måtte til slutt tilkalle legevakt for vurdering av innleggelse.

Når det blir snakk om vurdering av innleggelse, kan familien imidlertid møte problemer i forhold til mangel på institusjonsplasser eller i forhold til hvordan innleggende lege forholder seg til lovverket som regulerer tvangsbruk. Slik står det i en tekst: *Vi som foreldre visste lite om paragrafer og om hvor vanskelig det var å få lagt inn syke mennesker.*

Vansker med å "få lagt inn syke mennesker" kommer som en tilleggbelastning i en fra før vanskelig situasjon. På den ene siden ønsker familien det beste for den syke. På den andre siden er det slik at når han selv ikke innser sitt behov for hjelp, blir han fratatt sin selvbestemmelse. I bunnen ligger hjelpeløshet og utrygghet fordi familien ikke mestrer ansvaret for den syke:

Jeg må erkjenne at tema TVANG vekker sterke og ambivalente følelser hos meg. Jeg gjenopplever det vanskelige etiske dilemma jeg sto i som mor når jeg måtte gripe inn og gjøre noe som stred mot mitt grunnleggende menneskesyn og oppdragersyn. Jeg gjenopplever lettelsen over at andre overtok et ansvar som jeg ikke lenger var i stand til å håndtere selv, men også frustrasjon over at det ikke var mulig å få hjelp før min sønn var blitt så dårlig at innleggelse ved tvang var det eneste reelle alternativet. Jeg

gjenopplever tryggheten ved at min alvorlig syke sønn ble tatt hånd om, kom i sikkerhet og fikk behandling etter lange perioder med stor angst for at han skulle komme til skade.

Sitatet overfor uttrykker i korte trekk hovedtema i store deler av diskursen, nemlig at tvang for mange blir den eneste muligheten til å få hjelp. Samtidig betrakter den pårørende politiassistert tvang som unødvendig hvis hjelpen hadde blitt gitt i tide. Uansett bakgrunn er det snakk om at pårørende ikke selv makter omsorgen for den syke. De søker profesjonell hjelp fra helsevesenet.

I neste avsnitt går jeg inn på hva som ligger i ordet `vernesamarbeid`. Vi møter først en familie hvor et ideelt samarbeid med helsevesenet er på plass når deres unge sønn blir brakt fra hjemmet til legevurdering mot sin vilje. Selv om situasjonen er en stor påkjenning for familien, ligger trøsten i at det hele foregår i verdige former. I tillegg får familien oppmuntring og ros fra helseteamet for det gode samarbeidet. Videre får vi del i en tvangsinnleggelse som også foregår i verdige former fordi helsevesenet stiller opp til rett tid, på rett plass når en mor ber om hjelp til sin sønn. Her innebærer vernesamarbeidet at de pårørende blir hørt når de ber om hjelp. Samarbeidet er imidlertid fraværende både i forkant og i ettertid. Men først over til situasjonen hvor det ideelle samarbeidet er tilstede.

Vernesamarbeid

Familien vi her møter er alene om å fortelle om et ideelt samarbeid mellom dem og helsevesenet. Et ideelt samarbeid innebærer at helseteamet ser familien som nødvendige samarbeidspartnere i forhold til en tvangsinnleggelse. Familien har på forhånd et nært samarbeid med den poliklinikken som er ansvarlig for behandlingen av deres unge sønn. Etter hvert utvikler sykdommen seg til at sønnens behandler vurderer at en tvangsinnleggelse i institusjon er nødvendig. Mor og far blir informert i god tid om det som skal skje. De forbereder seg på alle eventualiteter for å verne den syke. Det handler også om å verne seg selv med tanken på at sønnen kan kjempe i mot. Ikke minst handler det om å verne seg fra stigmatisering og naboens blikk:

Vi ba spesielt om at politiet måtte komme i sivile biler og sivilkledd. Vi håpet på gråvær og regn, slik at alle naboer oppholdt seg innendørs. Vi fryktet at det kunne bli en trasig forestilling. Spørsmålene var mange: Når kommer legen? Er politiet orientert om at de får et oppdrag? Hvor sterkt blir vi involvert? Er det best at mor, far og bror trekker seg tilbake? Har legen med noe som kan dempe i tilfelle aggresjon?

Et helseteam på tre personer, med sivilt politi i bakhånd, ankommer. Sønneren låser seg inne på rommet sitt, og gir høyrøstet uttrykk for sin motstand mot innleggelse. Far må bryte opp døren. Mor holder seg i bakgrunnen sammen med en psykolog i teamet, som underveis gir henne nødvendig informasjon. Med list og lempe, og takket være et godt samarbeid mellom far og helseteamet, forlater sønnen til slutt hjemmet uten dramatikk av noe slag:

Vi heime var slitne, men letta over at han endelig skulle få hjelp. Nå skulle han få hjelp til å bli frisk igjen! Utpå ettermiddagen fikk vi telefon fra den ansvarlige legen fra psykiatrien. Alt hadde gått svært bra. Pasienten var redd, men rolig. Turen helt fram til sykehuset hadde gått fint. Vi heime fikk ros og takk for den fine, rolige måten vi hadde opptrådt på.

Erfaringen vi her får del i er et mønstereksempel på at pårørende blir sett på som viktige samarbeidspartnere. Et godt samarbeid innebærer at helsevesenet både underveis og i ettertid gir familien informasjon og ikke minst oppmuntring. Selv om vernesamarbeidet lindrer smerten i innleggelsessituasjonen, venter nye utfordringer. Den første innleggelsen er ikke den siste. Historien forsetter som følger:

Etter 10 dager kom han heim, erklært frisk. 2. innleggelse ble foretatt etter 6 dager. Da var det en ung, dyktig lege som besørget innleggelsen sammen med 2 politi fra andre kommuner. Det foregikk uten dramatikk, men føltes minst like sårt som første gang. Hvorfor måtte han heim, og så innlegges igjen?

Familien er ikke alene om å stille spørsmål om hvorfor oppholdene i institusjon etter deres mening er for korte. Ved for tidlig utskriving eller utilstrekkelig oppfølging utenfor institusjon, kan den syke relativt raskt få problemer med å takle livet. I slike tilfeller må familien stille opp. Det er da av avgjørende betydning at de pårørende blir

tatt på alvor når de ber om hjelp til den syke. En mor som ellers forteller om negative erfaringer med helsevesenet, forteller her at hun i en situasjon fikk verdig hjelp:

Han hadde mistet boligen og hadde søkt tilflukt på sofaen hos meg. Dagene tilbrakte han med hvileløs vandring i [...] gater, og natten på sofaen i min stue. Etter avtale med [...] skulle personale derfra komme en morgen og hente ham.

De kom som avtalt og hadde med to sivilkledd politimenn som kom i sivil bil. Sønnen min ble "tatt på sengen" bokstavelig talt, og fulgte med uten høylytte protester.

Trøsten finnes i at situasjonen forløper uten dramatikk. Når jeg ikke betegner dette som en ideell situasjon, er det fordi mor forteller at helsevesenet i fortsettelsen stenger henne ute fra samarbeid. Men i denne omgang fikk sønnen verdig hjelp, og det er en trøst for henne.

Helsevernet kan imidlertid komme til kort hvis de ikke er på rett plass til rett tid slik at de kan "ta den syke på sengen", eller han ikke lar seg overtale med list og lempe. Da må politiet sterkere inn på arenaen og utøve en mer dramatisk form for tvang.

Nødvendig polititvang

I dette avsnittet forteller den pårørende om situasjoner hvor de anser polititvang som nødvendig. Det kan være at politiet må assistere helsevesenet som har forsøkt å gjøre sitt beste, men må gi opp. Den pårørende kan også anse at polititvang er påkrevd fordi de i utgangspunktet bedømmer situasjonen som akutt og kritisk. Disse fortellingene formidler en smerte som preges av det nødvendige. Smerten lindres hvis politiet viser respekt for den syke, kommer til stedet i sivilt og kanskje også gir familien omsorg for deres egen del.

Nødvendig smerte

Til tross for at den pårørende ser at polititvang er uunngåelig, er situasjonen smertefull. Den sykes smerte blir den pårørendes smerte: *Som pårørende er det hjerteskjærende å se den redselen han gir uttrykk for.*

En mor forteller om sin hjelpeløshet og sin fortvilelse når politiet må yte assistanse fordi sønnen ikke lar seg overtale verken av henne eller av helseteamet:

Da dette utviklet seg til å bli så smertefullt å oppleve for meg som mor, så fjernet jeg meg fra stedet, ca. 50 – 70 meter, hvor jeg var vitne til det som skjedde. Etter en stund så jeg det ankom en bil med 2 sivilkledd politimenn, og skjønte at andre tiltak var satt inn. Følelsen av hjelpeløshet og fortvilelse var utrolig vond. Jeg gråt hjerteskjærende der jeg sto, og dette så også min sønn. For meg sa øynene hans – hva er det du gjør mot meg. [...] Fra mitt ståsted hørte jeg ikke hva som ble sagt der og da. Men har i ettertid fått vite at politiets opptreden var helt OK. De opptrådte rolig og behersket. [...] Selv om denne opplevelsen var utrolig vond, vet jeg i ettertid at avgjørelsen som ble tatt der og da var rett.

Samtidig som mor innser det nødvendige i situasjonen, finner hun trøst i at politiet tar hånd om den syke på en verdig måte. Men hun etterlyser at helsepersonell gir henne trøst i en vanskelig situasjon. Hun finner også trøst i relasjonen til den syke og i det å forklare leseren hva det vil si når familien er i en hjelpeløs situasjon. Hun skriver videre:

Har senere snakket med min sønn om dette, og han sier selv at han ikke skjønte sitt eget beste den gangen. Og han har full forståelse for at vi gjorde det vi gjorde den gangen. [...] På bakgrunn av min opplevelse, mener jeg at bruken av tvang må ses fra flere sider. Mener det kan være nødvendig noen ganger ved f. eks akutt psykose. I en slik situasjon står familien hjelpeløse.

Selv om denne moren ser maktbruk fra politiets side som nødvendig, forsterkes den vonde opplevelsen når politiet er uniformert og anvender håndjern. Alt raser sammen rundt familien:

Det føltes som hele verden gikk i grus. Tårene rant i strie strømmer. Bare tanke på at vår egen snille sønn måtte sitte i politibil med håndjern på seg, var grusomt. Han måtte få med seg et pledd i bilen for det var jo vinter og kaldt. – Det gikk flere uker før jeg klarte og reise på politistasjonen og hente igjen pleddet. Slike vonde minner blekner aldri helt.

En annen pårørende som erfarer nødvendigheten av polititvang, setter to streker under budskapet om at politiet må opptre i sivil:

Politiassistert tvangsinnleggelse av vår datter var nødvendig. Tvangsinnleggelse redder liv. Det er nødvendig å komme under medisinsk behandling fortest mulig. Den syke forstår ikke sitt eget beste. Det er fint at det i dag finnes så mange gode medisiner. [...] Viktig at politiet kommer sivilt kledd, ikke i uniform.

Når den syke ikke innser sitt eget beste og det samtidig står om livet, må den pårørende akseptere politietaten som den eneste forsvarlige hjelpeinstans. Smerten i nødvendig polititvang kan være lettere å holde ut når politiet ankommer uten uniform. Hvis de i tillegg opptrer som medmennesker, er de kompetente helsevernere.

Den neste pårørende forteller i rene ord at politiet har bedre kompetanse enn helsevesenet til å gi verdig hjelp. Problemet er at når politiet er uniformert, kan det tilkjennegi negative signaler:

Det er ikkje så lett å fatte seg i kortheit – minna og følelsane strøyme på. Når det stormar som verst, er det godt at politiet kjem. Dei kjennar oss og er kjempeflinke, dei har mykje meir kunnskap i å takle situasjonane enn dei som kjem frå hjelpeapparatet. Likevel, reaksjonen på at politiet var her i uniform, med politibil utanfor huset er berre heilt forferdeleg.

Når politiet utfører den jobben de ”er pålagt å gjøre”, kan de gjøre det med medfølelse:

I min bydel – hvor jeg bor så vil jeg rette all min honnør til politiet! De har vært min beste støtte i vanskelige situasjoner – de har mange ganger stilt opp i sivil – for å avverge - kanskje farlige situasjoner. De har gjort jobben som de har vært pålagt å gjøre. De har uttrykt sin fortvilelse alltid, over å måtte vise seg foran et sykt menneske, som ikke forstår, hva galt han har gjort siden politiet kommer for å ”arrestere” ham, og mange ganger måtte lagt han i bakken.

I tillegg til at politiet kan være de beste hjelperne for familien ved at de tar hånd om den syke, kan politiet også slutte ring om familien når de er i krise.

Politiet gir omsorg og vern til den pårørende

Det fortelles også om at politiet i ettertid gir omsorg til den pårørende. Dette skriver en annen:

Jeg har en sønn som er blitt tvangsinnlagt med assistanse av politi to ganger. Det var ingen tvil om at innleggelsen var nødvendig.

Hver innleggelse var selvsagt et sjokk for familien, men jeg må berømme politiet for en profesjonell opptreden begge gangene.

Vi fikk god hjelp og støtte fra polititjenestemennene, som virkelig gjorde en uklanderlig jobb, og som i tillegg fulgte opp med samtaler og tilbød seg å hjelpe med det de kunne bidra med.

Politiet kan også verne om relasjonene i familien:

3. innleggelse ble foretatt 3 måneder etter den andre. Denne gangen var det 2 politimenn som fikk i oppdrag å hente den syke heime, bringe ham til lege (legen møtte på politikontoret). De to politimennene takla situasjonen svært godt. De var sivilkledde og i sivil bil. Den syke ble henta klokken 23 om kvelden, ble kjørt 3 mil til psykiatrien. Far fulgte med og var sammen med ham noen timer. Den syke var rolig, holdt fars hand og ville ha ham med til sykehuset neste morgen. Men det ble det ingenting av. Den tredje innleggelsen resulterte i et opphold som varte 8 ½ uke. Ved utskrivning hadde han med seg medisin [...] og diagnosen paranoid schizofren.

I forhistorien til den fortellingen som sitatet er hentet fra, går det fram at den pårørende har tiltro til at den første innleggelse i institusjon skal føre til helbredelse. Når dette ikke skjer, fører det til gjentatte tvangsinnleggelser, som er mer eller mindre byrdefulle for den syke og familien. Fortellingen viser slik til et gjennomgangstema i diskursen, nemlig den såkalte svingdørsproblematikken.

I det følgende får svingdørsproblematikken betegnelsen, ”svingdørspolitikken”:

I disse dager med så mye negativ fokusering på tvangsinnleggelse hvor politiet har vært inne i bilde synes jeg det er på sin plass at jeg forteller min historie. Vi har en

sønn med diagnosen paranoid schizofren. Som for så mange andre familier så startet det hele med en del kortere innleggelser såkalt "svingsdørspolitikk".

Svingdørsproblematikken kan føre til store belastninger for relasjonene i familien. I situasjonen under får familien problemer i forhold til grensesetting. Situasjonen ender med at sønnen utøver hærverk:

Vi bestemte oss for å ikke foreta oss noe mer selv, men ringte politiet og ba om assistanse. De kom først med en patrulje, bil og to personer. Han opptrådte da meget truende overfor disse to og det ble tilkalt ytterligere assistanse. Det kom da en bil til med to betjenter og disse fire la han kontant i bakken og satte håndjern på. Vi syns dette foregikk meget forskriftsmessig og ble utrolig profesjonelt utført. Ikke noen form for ufin håndtering, bare det som var nødvendig i situasjonen.

Teksten nevner ikke den sykes smerte ved pågripelsen. Det sier kanskje noe om at det her er familiens behov for vern som har forrang, for vi kan også lese:

...og det ble faktisk starten på et lengre opphold på psykiatrisk sykehus.

Det sies intet om oppholdet førte til bedret helse for sønnen. Familien får i alle fall et tiltrengt pusterom. Kanskje fordi det her er snakk om en akutt situasjon hvor familien ser seg nødt til å kontakte politiet, evaluerer de situasjonen slik:

Vi kan altså ikke noe annet enn å rose politiet for deres innsats i denne saken og synes det er synd at det skal bli fokusert så ensidig negativt på politiets arbeid i innbringelsen av personer i psykisk ubalanse.

Fordi politiet opptrer profesjonelt, som familien sier det over: *Ikke noen form for ufin håndtering, bare det som var nødvendig i situasjonen*, verner de familien fra vold, samtidig som de verner dem ved at sønnen ikke blir utsatt for unødvendig hard behandling.

Politiet kan også opptre profesjonelt i situasjoner hvor det i utgangspunktet ikke er snakk om vold. Som vi har sett tidligere er budskapet fra de aller fleste først og fremst at den pårørende trenger hjelp fordi de ikke klarer å overtale den syke "til hans eget

beste”, samtidig som de har medlidenhet med sin kjære. Det kan eksempelvis handle om problemer med å overtale vedkommende til å vende tilbake til institusjon etter permisjoner:

Dette var slik at Maren var hjemme på permisjon og vi hadde problemer med å få henne tilbake på sykehuset til avtalt tid, tross timevis med forhandlinger. Da måtte vi ringe sykehuset og forklare hva som var situasjonen. Sykehuset ringte da politiet. Denne gangen var de naturligvis i uniform. Maren var svært urolig da vi fortalte henne at politiet kom for å hente henne. Vi hadde en meget vanskelig situasjon med mye uro. Men politiet var rolig, tok seg god tid og det hele roet seg. Heldigvis. Og vi kunne puste ut for denne gang.

Til tross for at Maren er underlagt tvungen psykisk helsevern, har far og mor ingen motforestillinger mot at helsevernet gir politiet oppgaven med å bringe henne tilbake til vernet. De har god erfaring med politiet. Hovedsaken er at den som tar jobben må bruke nødvendig tid og utvise klokskap i møte med den angstfylte datteren. Når mor og far sier at politiet ”naturligvis” kommer til hjemmet i uniform, kan det handle om at de aksepterer at det er maktapparatet som utfører oppgavene for det psykiske helsevernet i dagens Norge. Det kan også handle om hjelpeløshet overfor overmakten.

Vi har her sett at når den pårørende aksepterer at polititvang og maktbruk er påkrevd, oppleves politiassistanse som en *nødvendig* tilleggssmerte. Smerten lindres hvis den pårørende opplever at politiet behandler den syke med verdighet og samtidig viser forståelse for den pårørendes situasjon.

Opplevelsen av politiassistert tvang får en helt annen karakter når den pårørende kjenner seg sviktet av helsevernet.

Kamp for vernesamarbeid

Kampen for vernesamarbeid er en kamp for å berge liv. Til tross for at familien mobiliserer alle sine krefter, blir de verken hørt eller tatt på alvor. De pårørende må være krisehåndterere samtidig som de selv trenger krisehjelp. I en tekst, som består av mange fortellinger om kampen for å få samfunnets hjelpesystem i tale, betegner den

pårørende sin situasjon slik: *Det er ingen støtte. Vi er i ingenmannsland. Har ingen verdighet.*

Metaforen ”å sette himmel og jord i bevegelse”, står i det som følger som fellesnevneren for opplevelsen av kampen for å få hjelp av et verneapparat som synes å svikte både den syke og hans pårørende. I kampen blir den pårørende verken hørt eller trodd.

Himmel og jord settes i bevegelse

Når foreldrene er vitne til at deres sønn, som de selv uttrykker det: [...] *ødelegger livet sitt med syke gjerninger*, og samtidig ser hvor fortvilet sønnen er, gjør de alt som står i deres makt for å få hjelp til ham:

Hva gjør vi da? Vi setter himmel og jord i bevegelse for at de rette instanser, psykiatrien, politiet, leger og andre vi tror kan hjelpe, gjør noe. Etterlysninger når han forsvinner. Dette opplever mange pårørende.

Den syke selv setter også himmel og jord i bevegelse for å bli hørt av helsevernet, som på sin side overlater ansvaret til politiet:

Dottera mi har dei siste 5 åra hatt ca. 12 tvangsinnleggelsar. Nokre få gongar har ho gått frivillig inn i bilen, då seier politiet at dei vert misbrukt av helsevesenet. Ho veit og har opplevd at det er berre når ho prøvar å skade seg sjølv eller andre at helsevesenet ser henne. Ho har periodar med utagering, når ho er utagerande, er det eit rop om hjelp.

Når mor forteller at helsevesenet misbruker politiet, er det en erfaring hun deler med mange. Når det er snakk om vurdering av innleggelse i psykiatrisk sykehus, sier flere pårørende at helsevesenet bruker politiet rutinemessig, ikke som siste utvei etter å ha forsøkt med frivillighet.

Bakgrunnen for rutinen kan være at situasjonen i regelen utvikler seg slik at politiet må tre til, fordi den syke og hans pårørende ikke har blitt hørt når de ber om hjelp. Den pårørende mener at frivillig innleggelse er en mulighet i startfasen av

sykdomsutviklingen. I alle fall kan en innleggelse, som vi har sett tidligere, skje med list og lempe. Når helsevesenet ikke lytter til den pårørende, eller stiller opp med rette personer til rett tid, blir konsekvensen at politiet må tre til. Da blir resultatet at politiet brukes som første, og ikke siste instans. Slik har konsekvensen av at den pårørende ikke blir hørt i tide, ført til at bruk av politiet er regelen og ikke unntaket.

Fordi den pårørende opplever at hjelpeapparatet ikke har tiltro til deres vurdering av situasjonen, kjenner de seg utestengt fra samarbeidet om vern av den syke. Svært mange opplever dette som en logisk brist i hjelpesystemets tankesett. I et rasjonelt hjelpeapparat må vurderingene til den som best kan vurdere den sykes behov for hjelp inngå.

Å ikke bli trodd

Det å ikke bli trodd og deretter ikke bli tatt med på råd, erfares som utestengelse fra vernesamarbeid. En mor forteller at årsaken til at hun ikke blir trodd, kan være manglende forståelse fra hjelpeapparatet for hvordan den pårørende kan reagere i møte med psykisk sykdom:

Min sønn fikk problemer som 17 åring, en sorgreaksjon siden faren døde plutselig. Han isolerte seg, og flyktet inn i musikken sin døgnet rundt. Jeg kontaktet det lokale hjelpeapparatet, og kom der i kontakt med en meget tøff psykolog. Denne mannen trodde meg altså ikke mens jeg så at en 17 åring sakte gikk til grunne. I stedet stemplet han meg som et hysterisk kvinnfolk.

Fortellingen fra "et hysterisk kvinnfolk" er en lang historie om storfamiliens kamp for den syke både utenfor og innenfor institusjon. Fortellingen avsluttes med at familien går seirende ut og får ros for sin innsats for den syke. Gjennom sine prøvelser beholder familien sin rasjonalitet og styrke til det beste for den syke. Sønnen fikk etter hvert et bedre liv, noe mor understreker skjer på tross av systemets motstand mot vernesamarbeid.

Det er flere som forteller om både innsats og styrke i kampen for seg selv og den syke. Hvis den pårørende taper kampen i utgangspunktet, kan det med tiden bli dramatisk både for den syke og for familien:

I en toårsperiode etter at min datter viste første sykdomstegn, var min hovedgeskjeft å skaffe hjelp fra psykiatrien til henne. Da vi opplevde som så mange andre pårørende ikke å bli trodd i våre uttalelser overfor helsepersonell, forverret min datters sykdom seg i disse to årene og hun endret totalt personlighet. Dette medførte blant annet at hun ble voldelig overfor meg som mor.

Det neste sitatet er hentet fra en fortelling hvor en ektemann formidler at når han ikke får hjelp til sin kone i tide, ender også det med dramatik og en uverdig situasjon. Her er det snakk om en kvinne, som etter hvert som sykdommen utvikler seg, går løs på inventaret i leiligheten. Budskapet fra ektemannen er det samme som i sitatet over, nemlig at han og konen blir pålagt en tung byrde:

Min hustru har vært manisk depressiv i [...] år og inn og ut av psyk. sykehus med ujevne mellomrom. Jeg ser tegnene når hun snart kommer i en akutttilstand og reaksjonsfristen er da kort – ikke mer enn noen dager. Det nytter ikke da å si at dere kan komme om tre uker – som gjerne har vært beskjedent fra primærlegen. Poenget her er at i innledningsfasen er hun enda mottagelig for fornuftige argumenter – frivillig innleggelse. [...] Min hustru har høy utdannelse og en stille og forsiktig natur når hun ikke er syk. Opplevelsen som denne innleggelsen er en tung byrde å bære med seg både for hun og meg. Og kunne altså vært unngått. [...] Og jeg var ikke sint på de (politiet), men på ”systemet” som gjør slike drastiske innleggelser nødvendig. Og at jeg er den eneste som skjønner tegnene!! Og det må man tro meg på!!

Ektemannen sier klart og tydelig at hvis helsevesenet har tiltro til den pårørendes vurdering av situasjonen, kan menneskelig lidelse unngås og samfunnets ressurser spares.

Den neste situasjonsbeskrivelsen er også ført i pennen av en ektemann som ikke blir hørt og dermed ikke får hjelp til sin kone i tide. Som i sitatet over, utvikler tilstanden

seg til at hun ikke lenger innser at hun trenger hjelp. Når hjelpen så kommer, skjer det ved at et helseteam på to personer kommer løpende inn i hjemmet idet de roper ut at de kun har 15 minutter til rådighet:

Det første dei sa til henne var at ho måtte vera med dei til lege, ellers måtte dei få andre til å gjera det. Slikt er lite tillitsveikjande. Like etter ringde dei for å få hjelp av politiet. Slik hjelp er, etter det som er framkomen i media, ei særst dårleg hjelp. Dette gjorde dei utan at dei tok dette opp med meg. Dette til tross for at det ikkje var noko form for vold frå kona mi si side. [...] Då dei to frå psykisk helse skulle gå frå legekantoret sa dei at no hadde dei gjort sitt. Men det er ikkje rett. Med si passive holdning over lengre tid, og trass i fleire anmodningar, lat vera å ta tak i forholdet, framprovoserte dei denne unødvendige situasjonen.

Ektemannen understreker sin mening ved å berette om en situasjon hvor legen lytter til det den pårørende forteller og gir seg god tid i møte med den syke. Resultatet blir at han selv kjører sin kone til sykehuset, uten bistand av noe slag. Hvis helsevesenet har tiltro til den pårørende når han forteller at en krise er i emning, slik at han får hjelp i tide, kan han i stor grad håndtere krisen selv. Det er han som kjenner den syke og er den beste omsorgsperson.

Pårørende som krisehåndterer

En av de pårørende som har opplevd store påkjenninger ved det manglende tilbud til sønnen og til henne selv, mener at det er et misforhold i forhold til det tilbudet som gis til andre kriserammete i samfunnet. Hun må selv være krisehåndterer samtidig som hun trenger krisehjelp:

[...] Men ingen hjelp å få. Ingen lege kunne komme hjem. Samme ritual hver gang det oppsto en krise. Krisepsykiatri, psykiatere i andre miljøer ved brann og ulykker i forskjellige situasjoner konfererer og kommer frem til løsninger om å yte best mulig hjelp. Vi fikk aldri hjelp. Vi har alltid måtte ordne opp selv.

En ektemann som sitter inne med den samme erfaringen, mener at det savnete krisetilbudet har sammenheng med brist i vilje eller mangel på kompetanse i det psykiske helsevernet:

Hadde psykisk helse vore aktive nok, ville kan henda innlegging vore unødvendig. Det verkar som politiet er lett å ta til. Og at helsepersonale manglar nødvendig kompetanse, og trur dette skal gjerast som ein ekspedisjon. Helsevesenet har hele tiden glimret med sitt fravær.

En tekst, som innledes med en beskrivelse av hvordan legen og lensmannen i lokalsamfunnet gjennomfører en verdig tvangsinnleggelse, formidler en annen side ved den pårørendes belastning i forhold til tvang. Poenget her er at helsevesenet ikke utviser forståelse for den situasjonen den pårørende befinner seg i:

Vi var derimot i en meget vanskelig og prekær situasjon da vi sammen med vårt syke familiemedlem ble sendt fra somatisk sykehus til tvangsinnleggelse ved et mentalsykehus i drosje uten følge.

Vårt familiemedlem ville rømme, og vi foreldre måtte holde ham fast.

En slik situasjon bør ingen oppleve, og vår erfaring er at somatiske sykehus ikke er flinke i personlige relasjoner verken til pasient eller pårørende.

Fortellingen viser at den syke og hans pårørende ikke må overlates til seg selv i en slik situasjon. De skal ivaretas. Behandlingsapparatet må samarbeide seg i mellom. Det må være nødvendig kompetanse i alle ledd. Den pårørende kan ikke ta oppgaven som innebærer tvang når de selv er i en situasjon hvor de trenger hjelp og omsorg.

På den annen side forteller en mor at situasjonen også kan være slik at hun i utgangspunktet kan klare å ta hånd om saken selv uten noen form for tvang:

Min sønn er heller stille og ikke vanskelig i det hele tatt, så jeg har som regel fått han med frivillig. Det som for henne blir vanskelig, er å håndtere situasjonen når hun selv ikke er tilstede og kan forklare omverden at sønnens underlige adferd er uttrykk for sykdom, ikke kriminalitet. Situasjonen hun forteller om, utspiller seg når hun skal hente sin sønn på flyplassen etter et utenlandsopphold:

Han kom ikke. Da jeg var kommet hjem ringte jeg politiet. Jo han var henta på flyplassen og var i fyllearesten. Jeg fikk sjokk. Hvorfor, spør jeg. Ikke noe svar. Jeg var intetanende. Hva er det som skjer? Han kom på glattcelle uten å ha drukket noe i det hele tatt. Neste dag sto han på gaten i byen uten penger til bussen og syk og elendig. Det så jeg med en gang.

Mor ser ikke annen utvei enn å ta sønnen med seg hjem. Hun henvender seg så til alle tenkelige instanser:

Han var svært syk og jeg kontakta psyk.sykepleier. Spurte om hjelp. Men ingen hjelp å få. Å få han til lege var umulig for meg alene. [...] Jeg måtte ringe rundt til leger siden han var svært dårlig og trengte hjelp. Jeg fikk han bare ikke til lege.

Historien ender med at uniformert politi kommer på døren for å hente sønnen. Mor understreker så på det sterkeste at situasjonen ville vært en helt annen hvis helsevernet og politiet i utgangspunktet hadde tatt ansvar og samarbeidet med henne allerede da sønnen ble plassert i fyllearesten.

I det neste situasjonsbilde prioriterer ikke politiet å komme barna til unnsetning når de ber om øyeblikkelig hjelp til mor via legevakt. Eldste datter fremstiller sin opplevelse av situasjonen slik: *Ingen gidder å komme, ikke politiet en gang. I løpet av den tiden har det skjedd mye jeg skulle ønske de yngre søsknene mine slapp å oppleve.*

Den som sier dette, er alene om å verne både sin mor og sine yngre søsken. Hun savner at helsevesenet samarbeider med henne om dette vernet.

Savnet vernesamarbeid

Datteren som vi nettopp møtte erfarer at "ingen gidder å komme" henne til unnsetning når familien er i krise på grunn av mors handlinger. Hun må derfor ta saken i sin egen hånd. Hun klarer omsider selv med list, kombinert med trussel om politi, å overtale mor til å bli med frivillig for vurdering om innleggelse. Familien reiser i samlet flokk til legevakten. Datteren forteller videre hva som utspiller seg der:

Vi er på legevakten, og en lege har endelig tatt seg tid til å prate med mamma. Hun har plutselig skiftet personlighet, og snakker rolig og høflig med legen.

I og med at mor nå viser seg fra en helt annen side enn da de var sammen i hjemmet, blir datteren redd for at hun likevel ikke skal få hjelp. Hun registrerer samtidig at hennes yngre søster: ...*blir mer og mer urolig og oppgitt*, idet hun tar øyekontakt med storesøster og appellerer henne om å gjøre noe. Det er nemlig slik at: *Legen virker ikke som at han skjønner at mamma er syk, og prater med henne som om hun skulle vært en kollega.*

Eldste datter avbryter derfor legens utredningssamtale, noe som gjør legen forvirret: *Legen ser forfjamsset på meg for at jeg avbryter samtalen deres uten å vente.* Slik må barna presse seg på for å kunne formidle sin sak i det den yngre søsteren med tårevåte øyne sier: *Men nå har mamma vært syk i over 2 mnd, og for to dager siden [...].* Hun henvender seg så direkte til mor og sier: *Hvis ikke du blir innlagt nå, orker jeg ikke mer mamma! Jeg orker ikke mer!* Til legen beskriver hun videre hvilke belastninger hun har hatt i forhold til mors væremåte de siste månedene. Men det virker ikke som om legen forstår hva det her er snakk om:

Legen virker som han egentlig er øre-lege eller noe, og får først ikke frem et ord. Til slutt reiser han seg og mumler at han må få en annen til å se på det. Han forsvinner ut døren, og vi blir sittende alene med mamma igjen.

I det legen forlater rommet, skjer det på ny en forandring med mor: *Hun [mor] reiser seg og styrter mot døren, men jeg er for rask for henne og klarer å holde henne igjen. Hun begynner å gråte hysterisk, og slår og sparker for å komme løs. Jeg holder henne i begge armer, som om hun er et lite barn og jeg er mammaen hennes.*

Når datteren hindrer mor fra å rømme, blir rollebytte i familien tydelig. Datteren blir sin egen mors "mor". Morsrollen innebærer kjærlig omsorg. I denne sammenhengen betyr det at datteren må utøve makt fordi moren ikke har sykdomsinnsikt.

Det springende punktet i fortellingen er at når helsepersonellet omsider forstår at de står overfor et sykt menneske, omdefineres pårørenderollen. Fra rollen som omsorgspersoner i forhold til sin egen mor, defineres pårørende til å være ”utenforstående” i bokstavelig forstand:

Vi blir jaget utenfor rommet mens pleierne går inn for å prate med henne. Jeg føler trangten til å gråte, men klarer å holde det tilbake.

Når tårene presser seg på, kan det være fordi datteren er medansvarlig for å frata mor sin selvbestemmelse samtidig som hun er utmattet av omsorgsbyrden for mor og sine søsken. Hun ser at mor har det vondt, men får ikke mulighet til å trøste henne. Helsearbeideren på sin side kan ha mange grunner for å ”jage” de pårørende bort. Likevel kan det fremstå som et paradoks for den som står den syke nærmest. Først erfarer de å ikke få hjelp. Deretter må de presse seg på for å formidle sin erfaring med mors sykdom. Til slutt får den pårørende heller ikke anledning til å trøste og støtte mor, slik bare de nærmeste kan det. Den pårørende påpeker en logisk brist i dette hjelpesystemet som starter med ansvarsfraskrivelse for den syke og fravær av dialog med den pårørende. I det videre behandlingsopplegget blir den pårørende stengt ute fra vernesamarbeidet og får heller ikke trøst og støtte for sin egen del.

I de sammenhenger hvor den syke i utgangspunktet får hjelp, er det ingen selvfølge at den pårørende samtidig får trøst og støtte hvis situasjonen blir vanskelig. Nettopp dette påpeker en mor etter å ha vært vitne til en traumatisk opplevelse med politiet. Den syke legges i bakken og fraktes over en lengre distanse i Svartemarja. Hun aksepterer at det var behov for maktbruk, men er selv i krise:

Jeg var mer skuffet over legen, som kom til meg etterpå for å få min underskrift på at sønnen min skulle innlegges på tvangsparagraf. Han ytret ikke et ord til trøst, og viste ingen forståelse for den vonde situasjonen jeg befant meg i... Klarer ikke den dag i dag å se den legen uten å føle avsky.

Støtte til å bearbeide det vonde eller oppmuntring til den pårørende som stiller opp for den syke, er i høy grad fraværende fra systemets side. Far til Maren, som er innlagt i institusjon, forteller om fravær av dialog med behandlerne etter at hun har skadet seg i

forbindelse med en permisjon. Forhistorien er at Maren kommer til tomt hus og knuser et vindu for å komme seg inn i foreldrenes hus:

I panikk og full av angst, tror vi, hadde hun knust en liten rute i underetasjen og kommet seg inn. Dette skjedde antakeligvis kort tid før vi kom hjem. Hun hadde skjært seg stygt og blod var det over alt. Men hun var kommet i sengen sin.

Foreldrene kontaktet sykehuset, som så overlater til politiet å avhente Maren og frakte henne til legebehandling. Familien får ingen hjelp fra sykehuset til å bearbeide det traumatiske:

Sykehuset snakket aldri med oss om dette, som antagelig skulle ties i hjel. Som vanlig fra sykehusets side ble det heller ikke denne gang snakket med oss om hendelsen. (Og jeg tenkte da på den situasjonen hvor hun forsøkte å ta livet av seg).

Ved en senere anledning, flere måneder senere, møter faren Marens psykolog og får da forståelse av at saken har vært drøftet internt i systemet:

Psykologen snakket til meg og sa stille: "...det var jo slik at Maren var hjemme når ulykken med ryggen skjedde". "Ja" sa jeg, og vi sa ikke mer. Men det var tydelig at sykehuset internt hadde snakket om dette uten at det var nevnt for oss. Hadde sykehuset dårlig samvittighet for manglende kontroll? Selv om hun var på hjemmeperm når det skjedde og vi fulgte de reglene sykehuset påla oss. Vi turte aldri ta saken opp, vi var nemlig redd for at hun i så fall aldri ville få permisjoner mer! Så dumt tenkte vi!

Som faren sier, våger ikke familien å ta saken opp i fare for at det skal ramme familiens mulighet til å være sammen med sin datter i hjemmet.

Det lukkede systemet gir ikke automatisk informasjon til de nærmeste, selv når drastiske tiltak settes i verk:

Da sykehuset ikke maktet full kontroll og omsorg av Line, ble det uten familiens vitende, besluttet at politiet skulle overta ansvaret. Etter noen dager i fengsel, ble hun innlagt på [...] sykehus.

De pårørende skal ha sterk rygg for å tilpasse seg et system som stenger dem ute fra informasjon og dialog når traumatiske tiltak iverksettes overfor deres egne barn. Det kan gå på helsen løs:

Som en direkte årsak av min sønns lidelseshistorie i psykiatrien ble jeg uføretrygdet, da det var umulig å jobbe samtidig som at han skulle ha behandling innenfor dette systemet som forlengst burde vært forbudt ved lov.

Erfaringene om helsevernets ansvarsfraskrivelse formidles i et mangfold av fortellinger. De handler alle om at den pårørende taper i kampen mot systemet. Resultatet blir tvangsinnleggelser utført av politiet. I en av disse fortellingene formidler en mor noe om hvordan hun kjempet og hvordan det hele utviklet seg:

Det skal være usagt hvor mange leger som var kontaktet og hvor mange episoder der var i denne perioden. Da det endte enda en gang med vold og inventar ble knust, ble legevakten kontaktet. Denne legen konkluderte med at min datter var alvorlig syk, men han ville ikke som han sa: ta ansvar for å legge henne inn. Men han (legen) foreslo at fordi hun var voldelig kunne jeg anmelde henne. Hun ville da bli innlagt med tvang av politiet. I desperasjon for behov for hjelp ble politiet kontaktet.

En far forteller om hvordan han erfarer helsevesenets ansvarsfraskrivelse og starter fortellingen med tenåringssønnens sykdomsdebut:

Min sønn Lars ble tvangsinnlagt for første gang for [...] år siden. Han var da en gutt i slutten av tenårene, og hadde uten protest blitt med til samtaler (såkalt terapi) ved den psykiatriske poliklinikken på [...].

En overmedisinering resulterer i store fysiske bivirkninger, noe som oppleves traumatisk samtidig som det medfører sosiale problemer for Lars. Etter dette nekter han å ta medisiner. Dermed ender det hele som en ”sak for politiet”:

Poliklinikken krevde at han måtte ta medisiner eller bli tvangsinnlagt. Klinikken ville ellers fraskrive seg alt ansvar. Da det nærmet seg tiden for innleggelse, tok jeg det for gitt at klinikken i det minste ville være hovedaktør ved innleggelsen, sende medisinsk personale - og at politiet eventuelt bare skulle være hjelpeinstans hvis en fredelig prosedyre ikke kunne gjennomføres. Klinikken svarte at slikt kunne man ikke gjøre, det hadde de ikke kapasitet til. Dette var og ble en politisak.

Her definerer helsevernet en innleggelse i institusjon som en ”politisak”. De sier at de verken vil eller kan bidra med sin kompetanse eller gi av sin tid for å overtale Lars til å bli med dem frivillig. Lars sin far vurderer videre dette som at politiet blir brukt uten grunn fordi helsevesenet fraskriver seg sitt ansvar. Unødvendig tvang påfører den syke og hans familie en unødvendig smerte.

Unødvendig polititvang

Opplevelse av unødvendig tvang er en smerte karakterisert av uverdighet, krenkelse og overgrep. Hva enten politiet fremstår som gode medmennesker eller ikke, er det ydmykende for den pårørende at politiet ankommer uniformert til hjemmet. Når politiet legger den syke i jern, forsterkes opplevelsen av krenkelse.

En av de pårørende viser til lovverket om bruk av tvang og stiller utfra egne erfaringer med unødvendig tvang, følgende spørsmål:

Hvem skal reagere på at politiet henter pasienter, Fylkeslegen eller?

Mange leger velger politiet før frivillighet er prøvd. Det står i loven at frivillighet skal prøves først og fremst.

Når hun spør hvem som skal reagere, nevner hun den offentlige tilsynsmyndighet i forhold til lovverket. De pårørende som forteller om at polititvang blir brukt uten grunn, reagerer meget sterkt følelsesmessig.

Unødvendig smerte

En mor som står hjelpeløs overfor sønnens progredierende sykdomsutvikling, og taper kampen om å få hjelp, formidler slik sine følelser til leseren:

Det er vanskelig å fortelle om dette uten å bli opprørt. Jeg gjenopplever fortvilelsen over å se min sønn brutalt behandlet, ydmyket og fratatt sin menneskelige verdighet. Det er ikke til å unngå at jeg gjenopplever det sinnet jeg kjente over måten dette foregikk på. Min sønn var psykotisk og svært syk, men ikke farlig.

I mer beskrivende form formidler en annen mor at polititvang var nødvendig fordi sønnen ikke var voldelig: *Sønnen min spaserte på mønet, og gjorde mye bisart, men var harmløs mot andre og overhode ikke voldelig.* I forbindelse med lengre permisjon fra frivillig opphold i institusjon, utvikler sønnen en uheldig, men ikke voldelig, atferd, noe mor mener har direkte sammenheng med at sønnen er feilmedisinert. Hun mener derfor at det er helsevesenets ansvar å tre til:

Da jeg forlangte at sykehuset skulle gjøre noe, fikk jeg som svar at "Hvis jeg var interessert i dramatikk, var det bare å etterlyse han!" Så ble jeg presset til å kontakte politiet, og med håndjern bak på ryggen ble han og jeg som pårørende ført til legevakta. Jeg skrev under tutor, og sykehuset tok motvillig imot ham på observasjonsparagraf.

Mor kjenner seg krenket. Det som er helsevesenets ansvar, nemlig å ta konsekvensen av den uheldige medisinerings, ender med politi og håndjern. Når moren skriver "tutor" betyr det at det er hun som begjærer innleggelsen. Helsevesenet tar motvillig i mot "sin egen pasient". Dermed er det ulik forståelse mellom mor og behandlerne om sønnens behov for institusjonsopphold. Moren forteller senere i teksten at det ble slutt på feilmedisinering og at sønnen deretter fikk et langt bedre liv. Det skjedde etter at familien klaget til tilsynsmyndighetene. Minnet om hvordan omgivelsene reagerte på opptrinnet med politi og bruk av håndjern, kan imidlertid medholdet på klagen til tilsynsmyndighetene ikke bøte på.

Politiets uniformering er et av symbolene på ”lovens håndhever”. Når den syke pågripes av uniformert politi og fraktes bort i politibil, kan han bli stemplet som en forbryter.

Det er imidlertid ikke bare svikt i vernesamarbeid med helsevesenet som leder til at politiet blir brukt i utrensmål. Manglende forståelse for psykisk sykdom hos folk flest gjør at de henvender seg til politiet hvis de mener at den syke er til sjanse. En far har erfart dette i forhold til sin datter som bor i egen leilighet. I denne sammenheng er det presten som tilkaller politiet, fordi han ikke aksepterer avvikende adferd:

En formiddag i november for [...] år siden sto hun på verandaen og hadde ropt mot kirka. Siden det skulle være en begravelse der, hadde sognepresten ringt til politiet, fordi han var redd hun skulle forstyrre den. Politiet hadde kommet, ringt på hos naboen, og hoppet fra naboens veranda over til min datters. Politiet oppførte seg meget hensynsfullt overfor meg og min datter. Det var likevel ingen hyggelig opplevelse for noen av oss, men mest irritert er jeg på sognepresten som varslet politiet, i det jeg mener det var unødvendig. Han kunne ha gått bort til henne og snakka med henne i stedet. Litt spesielt er det at min datter er døpt i den samme kirken.

I følge faren kunne presten ha prøvd å snakke datteren til rette før han gikk mer drastisk til verks. I tillegg til eventuell mangel på kunnskap om psykisk sykdom, eller manglende vilje til å gå inn i situasjonen, kan tidsklemmen være en grunn til at presten uten omsvøp overlater oppgaven til politiet.

Tidspress og knappe ressurser er kan hende også grunnen til at sykehuset avviser en mor når hun ber om hjelp til å bringe sønnen tilbake etter permisjon. Sykehuset ber henne i stedet henvende seg til politiet. En sak for helsevesenet blir enda en gang en sak for politiet:

Politiet kom etter skoletid, og førte min sønn forbi gjengen utenfor butikken, og med håndjern bak på ryggen, var han et flott samtaleevne.

Tilskuerne er her morens egne elever. Elevene tolker signalene som uniform og håndjern til at det her foregår en arrestasjon av en som har gjort noe galt. Dette formidler de senere til sin lærer slik:

"Du lærer, du tjener vel for dårlig som lærer slik at sønnen din må skjøte på lærerlønninga med brekk!" "Åssen er det å ha en kriminell sønn – a- lærer? Vi så at'n ble ført vekk! Hva har `n gjort - a – lærer?", og mitt standardsvar ble "ingen kommentar", og da sier det seg selv hvor lett det var på jobben .

Moren får enda en tilleggsbelastning ved måten "hjelpen" blir gitt på. Det rammer familiens rykte og rammer henne yrkesmessig. Det å oppleve polititvang mot ens nærmeste, er den største belastningen:

At politimakt må brukes overfor sin egen familie, er og blir traumatisk. Å se sitt eget familiemedlem bli ført bort med håndjern bak på ryggen var en så traumatisk opplevelse at jeg selv etter en tid ble syk, [...]

Den belastningen stigmatiseringen gir den pårørende, oppleves som straff og medfører helsemessige konsekvenser.

Ektemannen, som ikke får hjelp i tide når han ber om det, er også opptatt av hva det kan gjøre med familiens anseelse overfor naboene:

Det var ganske pinlig med politi og sykebil og to uniformerte politifolk i det "fine" boligkomplekset vi da levde.

I en tekst refererer foreldrene hvordan den syke selv opplever å bli avhentet av politi:
Vår sønn har aldri skadet noe menneske, han er ikke kriminell! "Når jeg blir behandlet som en kriminell, kan jeg liksågodt bli det", sa han etter en slik opplevelse.

I en annen lang historie som handler om at en mor blir avvist fra helsevesenet og som hun selv sier ”alle tenkelige og utenkelige instanser” , er politiet siste utvei for å få hjelp. Mor ber så om å få verdig hjelp:

Ba dem komme i sivil, men det gjorde de ikke. De kjørte i Svartemarja rett inn i gården rett utenfor 3 boligblokker. Så var det med til legen med 2 politimenn som vakt. Han gikk greit inn til legen.

Det er vanskelig å finne ord for smerten i situasjonen:

Grusomt, vondt, uvirkelig, uverdig, fornedrende. Ord kan ikke beskrive HVOR grusom en slik opplevelse er. Hvis politiet skulle brukes, skulle de ALDRI komme i uniform og i politibil! Hva slags signaler sender det???

Opplevelsen av stigmatisering forsterker de negative erfaringene med et ikke eksisterende behandlingstilbud, et ”system” som svikter på alle punkter. I systemet fremstår både helsevernet og politiet som integritetskrenkende.

Krenkelse og overgrep

Det neste sitatet er fra en fortelling som beskriver hvordan en ung kvinne ikke får hjelp før hun blir så dårlig at hun er til skade for seg selv. Gang på gang blir hun derfor hentet av uniformert politi og politibil til offentlig skue. Mor sitter tilbake med vonde opplevelser.

Eg opplever ofte i draume og høyre henne rope ”mamma kom å hjelp meg så dei ikkje dopar meg ned”. Etter at ho er reist og eg finn hanskanen etter tvangsmedisinering, vil tåreflaumen ingen ende ta. Tvangsbehandling er for meg heilt forferdeleg, trur aldri eg kan leggja det frå meg.

Det er uklokt av helsevesenet å vente ”i det lengste” slik at mor, som mellom ”slagene” står alene med omsorgsansvar for sin datter, blir påtvunget slike opplevelser.

Som vi husker fra side 36, definerte poliklinikken ansvaret for tvangsinnleggelsen av Lars til å være en sak for politiet. Det ender med et meget traumatisk møte med politiet både for far og sønn. Lars klarer imidlertid å rømme fra sykehuset, blir på nytt

innhentet på en traumatisk måte av politiet og blir så innbrakt til lukket avdeling. Far forteller videre:

Han blir låst inne på et nakent enerom, hvor jeg besøkte ham neste dag. Fire dager etter ble han utskrevet, idet overlegen ikke fant noen grunn til at han skulle være innesperret. Etter dette ville ikke Lars ha noe med psykiatrien å gjøre.

Resultatet er gjentatte tvangsinnleggelser som far til Lars mener kunne vært unngått ved bruk av list og forstand. Han avslutter derfor sin fortelling som følger:

Jeg ser ingen grunn til å bebreide politiet, men jeg bebreider norsk helsevesen og spesielt psykiatrien, som har akseptert å administrere slike krenkelser av sine egne pasienter.

Som vi har sett gang på gang forsterkes krenkelsen når politiet blir brukt uten grunn:

*Uniformert politi har midt på lyse dagen hentet ham på døra hjemm - det har ingen slossing vært forut – ingen grunn til slik utrykning.
...hvorfor behandle vår sønn som en kriminell? Det er utålelig.*

I situasjonsbildet nedenfor er det heller ikke snakk om kriminalitet. Det er snakk om en kvinne som kun er svært aktiv med en rekke planer for seg selv og familien. Men disse planene går på tvers av det allment aksepterte. Datteren beskriver henne et sted i teksten som ”en liten redd fugl”. Situasjonen utspiller seg på legevakten, etter en utredningssamtale med legen:

Døren ytterst i gangen går opp, og inn kommer 4 uniformerte politimenn. Det er rart at de plutselig sender fire store menn for å takle mamma nå, tenker jeg, når de før i dag ikke gadd å sende noen, til tross for at jeg forklarte situasjonen nøye for dem. Uten å hilse buser de som programmerte roboter inn på rommet og får mamma med seg. Vi ser mamma bli dradd mot utgangen, og det føles som om vi aldri vil treffe henne igjen. De sleper henne bort fra oss, mens hun ser på oss med mørke blå øyne.

Krenkelse over tid kan utvikle seg slik at det går mot hat:

Min sønn har vært tvangsinnlagt i psykiatrien 7 ganger i løpet av de siste 20 årene – 19 – for å være helt korrekt. [...] Hadde vi visst hva vi gikk til, hadde vi gjort vårt ytterste for å holde ham derifra. Psykiatrien har ingenting med helsevesen å gjøre – det er helvetes forgård – et helvetesvesen. Bak de låste dørene blir pasientene behandlet som et null av altfor ofte fullstendig ufaglært personale. De pårørende betraktes som spedalske. Hvor er empatien? Hvor er viljen til å lytte? Ikke rart at ”svingdørspasientene” blir mange på slike ”sykehus” – og at de syke må innlegges med tvang gang på gang. Opphold på slike tvangsanstalter må man være sterk for å overleve. Vi er 100% fortvilet over psykiatrien. Og hater den.

En ung mann som ifølge hans mor, ikke har gjort noe ”galt”, mener at det er et overgrep når han gang på gang blir pågrepet av uniformert politi. Samtidig kan det føre til sosiale konsekvenser som at han uten annen grunn enn sykdom kan stå tilbake uten bolig:

Så kommer ”hjelpen”. Lege med to politi i uniform i politibil kommer. [...] Han går frivillig med dem, forteller verbalt høflig hvordan det føles. Et overgrep. Han har ikke gjort noe galt. Gang på gang hentes han av dette ydmykende politiet. Nabolaget registrerer. Hybelvertinnen ønsker ham ut av leiligheten.

Flere av de som har sendt inn sine fortellinger, hevder at muligheten til tilfriskning forringes ved måten tvang foregår på. Det stilles blant annet spørsmål om politiets kompetanse i møte med psykisk syke:

Som pårørende til en pasient med dobbeltdiagnosen (rus/psyke.) opplever jeg tvangsinnleggelse av politiet som meget traumatisk både for pårørende og pasient. Hvilken kompetanse har politiet som tvangshenter pasienter? Når pasientene blir hentet med tvang, kan de få langvarige traumer.

En ektefelle har erfart polititvang som direkte overgrep fordi det ikke ble utvist folkeskikk:

Sjølve hendinga likna meir på "Gestapo" enn hjelp til ei som var sjuk. Politiet nærmast demonstrerte for alle og einkvar sin avskrekkande måte. Dei (politiet) brukte ikkje eingong allment folkevett og oppførsel, men meir som ein demonstrasjon. Dette til tross for at det ikkje var noko form for vold frå kona mi si side.

Det er mulig at overgrepet kan skyldes at oppdragsgiveren, helsevesenet, ikke har informert politiet om den sykes tilstand i forkant. Kommunikasjon med pårørende underveis i situasjonen er i alle fall fraværende. En mor forteller om hvordan brist i kommunikasjon kan føre til overgrep. Legen som kommer til stedet, har ikke forståelse for hvordan hun skal møte den syke og hans pårørende:

Vi pårørende som hadde vært sammen med ham de siste dagene før innleggelsen følte oss ikke på noen måte truet. Men da legen kom, tilkalte hun straks politiet uten å gjøre noe forsøk på å få kontakt med ham. Da politiet kom, ropte hun: "Han er farlig. Få på ham håndjern." Det ble ikke gjort noe forsøk på å overtale ham, eller fare frem med lempe. Han ble dratt ut av huset, nesten uten klær, lagt i bakken ute på gårdsplassen foran en sjokkert familie og forskrekkede naboer, påsatt håndjern og kastet inn på gulvet i politibilen. Legen lot dette skje. [...] Kjøreturen, som fant sted på en av sommerens varmeste og mest trafikkerte søndager, tok over fem timer, siden han ble innlagt fra et annet fylke enn der sykehuset lå. Han satt i bilen med hendene bak på ryggen i håndjern i over fire timer.

At denne syketransporten bidro til å forverre min sønns tilstand, er det etter min mening ingen tvil om. Det fremgår også fra hans sykejournal. Dette representerer dessverre ikke unntak. Det finnes uendelig mange likelydende beskrivelser av hvordan innleggelsen har foregått, fra pasienter og pårørende.

Mor som forteller dette, kontrasterer sine opplevelser med å vise til en annen erfaring: *Bare en eneste gang opplevde jeg at innleggende lege rekvirerte ambulanse og sørget for en syketransport som var menneskeverdig. Og da satte min sønn seg overhode ikke til motverge, selv om han var psykotisk og meget dårlig.*

På samme måte kan politiet i noen sammenhenger også vise uforstand:

Det var et sjokk å oppleve den i mine øyne unødvendige brutaliteten som ble utvist ved innleggelsen, og den manglende forståelse for min sønn, pasientens opplevelse av dette. Jeg gjenopplever fortvilelsen over å se min sønn brutalt behandlet, ydmyket og fratatt sin menneskelige verdighet.

Far til Lars som vi nå har møtt i flere sammenhenger, mener at samfunnet kan spare ressurser ved å bruke forstand og ikke minst ved å ta seg tid i møte med den syke:

Senere har han vært tvangsinnlagt 4 ganger. Ved to anledninger har politiet sprengt dør og dørkarm i borettslaget hvor han har en liten leilighet, slik at hele åpningspartiet har måttet skiftes. Det kan ved disse anledninger ha vært rimelige grunner til tvangstiltak, men etter min mening burde pågripelse kunne skje utendørs dersom han nektet å åpne. Mer tidkrevende, selvsagt, men vi har her å gjøre med nødvendige integritetskrenkelser som må ha sin omkostning også for det offentlige.

Spørsmålet som stilles av flere er hvorfor så drastiske tiltak blir satt i verk når det ikke er påkrevd. I alle fall er det galt overfor pasienter som på ingen måte er voldelige:

Dette er et overgrep mot pasienter som ikke er voldelige og ikke har påført andre skade. [...] Hadde bare politiet (som vi har bedt om gang på gang) – kommet sivilt, ville skaden vært mindre. Med andre ord, oppfølgingen er mangelfull. Politiet har ingenting med tvangsinnleggelser å gjøre når pasienten ikke er kriminell eller farlig for omgivelsen. [...] Tvangsinnleggelse skal bare gjøres når ingen andre muligheter finnes. Hva dette gjør mot et menneske – overgrepene – kan vel ingen som ikke har opplevd det, sette seg inn i.

Det mor her sier, er det stort sett enighet om.

Noen går enda lenger og mener at løsningen ligger i å skille det psykiske helsevern og dets lovregulering totalt fra lover og regler som regulerer kriminalitet i samfunnet:

All tvangspsykiatri, med bruk av politimakt, skulle være forbudt med lov. Enhver tvangsinnleggelse er den mest truende aksjon mot et hvert individs integritet.[...] Psykiatrien burde aldri ha juridisk makt, og bruk av politi er så traumatisk at dette burde unngås. Om politiet må brukes ved for eksempel farlighet og vold bør dette gå gjennom rettssystemet hvor slike får prøvd sin sak, og der enten frikjennes eller dømmes til behandling, og her bør det stilles like strenge krav til bevisførsel som i en hvilken som helst straffesak.

Andre pårørende i undersøkelsen slutter seg til at grensegangen mellom politiets og psykiatriens arbeidsfelt må bli tydeligere. Flere mener at psykiatrien må kunne anvende tvang ved akutt psykose hvor den syke er til skade for seg selv eller andre. I de fleste sammenhenger er problemet at hjelpen ikke blir gitt i tide ved progredierende sykdomsutvikling. Det er måten lovverket håndheves på som er avgjørende for om den pårørende opplever tvang som vern eller som overgrep. Når polititvang oppleves som overgrep, er resultatet avmakt og skyldfølelse hos den enkelte.

Avmakt og skyld

Kampen for å få hjelp fører til utmattelse og avmakt. For en mor som ikke klarer å stille opp for sin sønn fortoner det seg slik:

Psykiateren ringte og sa: at nå henter politiet ham. Jeg følte avmakt og tenkte, hvorfor kan ikke et helsepersonell være med. Nei. Vi har ikke tid og anledning. Jeg følte vondt i maven og hjertet. Selv er jeg så sliten at jeg ikke orker å være med. Tenker at stakkars barnet mitt, han vet ikke at politiet plutselig er på døren og bare tar ham med!! Kanskje tar de på ham håndjern også,... Jeg blir både svimmel og kvalm. Kanskje tenker barnet mitt at en dag rømmer han slik at ingen tar ham mer!

Helsevesenets ansvarsfraskrivelse kan også være en flukt fra det å gå inn i en vanskelig situasjon. De overlater derfor det vanskelige til politiet. For moren oppleves polititvang når helsevesenet ikke er tilstede som en krenkelse, som igjen fører til

ytterligere avmakt. Når moren kjenner seg avmektig, står flukt fra det vonde igjen som den eneste utvei.

For en annen mor, som forteller hvordan hun i flere år har gjort alt som står i hennes makt for å få hjelp til sin unge datter, ender det også med avmaktsfølelse. I avmakt ligger sporen til skyldfølelse:

Å se henne bli iført håndjern fordi hun strittet imot og å se henne bli tatt hånd om av politiet for deretter å settes i fengsel – fordi hun var syk, er et minne både hun og jeg skulle ha unnslettet. Men helsesektor sviktet og jeg føler også at jeg på denne måten sviktet min datter.

Når polititvang oppleves traumatisk, og den pårørende samtidig ikke kan bidra med trøst, kan det gi skyldfølelse. En far forteller at det tok år å bearbeide en slik situasjon:

Uniformert politibil med to yngre uniformerte konstabler ankom da barn i nabolaget gikk til skolen og naboer dro på jobb. De to unge konstablene (mann og kvinne) maktet ikke å få vår sønn med og tilkalte forsterkning, som tilfeldigvis var hundepatrulje i nærheten med to uniformerte politimenn i uniformert bil. De la sønnen vår i håndjern og tok ham med til sykehus. [...] Som far bivånet jeg alt dette fra "sidelinjen" i den tro at jeg skulle være mest mulig nøytral i situasjonen. I ettertid betrakter jeg det som en fatal feilvurdering. Skulle ha fulgt med ham i politibilen til tvangsinnleggelsen, men visste vel på det tidspunkt ikke bedre. Denne episoden har vært en gjenganger gjennom tolv år i samtaleterapi med psykolog, der både min sønn og jeg som far har deltatt i samtaler. Jeg tror denne traumatiske situasjonen satte varige spor og har medvirket til hans langvarige psykiske lidelser.

Skyldfølelse har også datteren som må frata sin mor selvbestemmelse for å verne seg selv og sine søsken. Hun vet av erfaring hva som venter moren innenfor lukket avdeling. Det hele foregår fordi andre instanser ikke tar seg tid til å komme hjem til dem. Datteren må ta helsevesenets ansvar og kjenner seg i Judasrollen overfor moren:

Jeg trekker pusten for å få en mørk autoritær stemme, og snakker rolig og behersket: "Mamma hør på meg. Du kan velge mellom å bli hentet av politiet, eller å bli frivillig med til legevakten." [...] Alle er stille, og jeg føler skyldfølelsen strammer grepet om halsen min. Jeg føler at jeg er mammas judas. Jeg vil gjøre alt for at hun skal bli innlagt, selv om jeg vet det er det verste stedet på jord for henne. Hun har utallige ganger fortalt historier derfra, og jeg har selv gått i de kalde korridorene. Det er som et sykehus, uten vennlige pleiere, varme, respekt eller noe å ta seg til. De sperrer henne inne på et rom uten lesestoff, TV eller andre å prate med. Vi hater det nesten like mye som henne, men vet det er den eneste utvei. Vi er sliten av å skulle passe på henne, bekymre oss og tvinge i henne medisiner som ikke virker.

Når datteren omsider har fått mor med til legevakten, forsterkes skyldfølelsen av den måten politiet opptrer på. Barna er her vitne til at mor slepes bortover gulvet av fire uniformerte politi:

Vi føler oss som syndere, og ingen av oss klarer å holde tilbake gråten som har trengt på i timevis. Det er som en demning løsner, og jeg klarer ikke å stoppe å gråte.

Det samme opplever moren som har gjort alt som står i hennes makt for å få hjelp til sin sønn etter at han kom hjem psykotisk fra et utenlandsopphold:

Først fyllearresten (uten å ha drukket). Så hjem, lege, politi og så sykehus. Følte meg som en forræder. Skyldfølelse og forakt. Jeg var tom. [...] Så enkelt alt hadde vært om jeg hadde kommet med på stasjonen og forklart situasjonen, fått tak i en lege der og sendt han direkte til sykehuset.

Denne moren kjenner seg forrådet av "systemet", og hun kjenner seg som forræder overfor sin egen sønn.

Til slutt gjenstår spørsmålet om hvordan og i hva, den pårørende finner mening.

Mening i det meningsløse

Når et familiemedlem rammes av alvorlig psykisk sykdom, er det tungt å bære for den pårørende uansett om de får hjelp eller ikke. Spørsmålet er hvordan de finner styrke til fortsatt å verne den syke, og hvordan de bevarer stoltheten til tross for krenkelsen.

Kjærligheten til den syke er styrken som bærer det hele. En mor uttrykker sin kjærlighet slik: *Min sønn er så snill at han nesten er for vakker for denne verden!*

En annen forteller om hvordan morskjærligheten bærer på håpet: *Mammas hjerte gråter, men tenker og ønsker at en Gud, universet overtar og gjør ham frisk. Klamrer meg til HÅPET!* En mor møter sin datter med kjærlighet til tross for at datteren har presset henne til innleggelse mot hennes vilje:

Jeg blir vist til rommet mamma er på, men stopper opp foran døren. Jeg vet ikke om jeg tør å banke på. Jeg venter og kjenner magen gjør vondt igjen. Brått åpnes døren og mamma står foran meg. Hun smiler, gir meg en varm klem og holder taket rundt meg: "Takk for at dere fikk meg innlagt Tine-mor."

Det kan se ut for at informantene også finner mening i å formidle sine erfaringer til mitt prosjekt og ved å gi meg støtte og oppmuntring. En avslutter sin fortelling med: *Håper dette kan være til hjelp; og lykke til med forskningen!* En annen skriver: *Lykke til med arbeidet ditt ...* Og enda en understreker: *Det er et viktig arbeide du gjør!*

Mønsterfortellingen, som viser til et godt samarbeid mellom familien og helsevesenet, avsluttes slik: *Er dette verdiløst, er det bare å makulere.* Verdiløst er det ikke. Når alt kommer til alt, er det verdier det handler om.

I det neste kapitlet drøfter jeg betydningen av empirien i lys av annen kvalitativ og kvantitativ forskning i forhold til den pårørendes situasjon i psykiatrien.

Politiassistert tvang - et utvidet perspektiv

Når pårørende formidler sine erfaringer med politiassistert tvang, forteller de fleste også om omkringliggende omstendigheter som tid, sted og relasjon og knytter sin erfaring til før- og etterhistorien. De vurderer og evaluerer så situasjonen i forhold til egne levde liv. Majoriteten av informantene fremsetter kritikk mot det psykiske helsevernet ved å hevde at den syke, og derved familien, ikke får tilfredsstillende hjelp.

Et av gjennomgangstemaene i tekstene er pårørendes møter med institusjonspsykiatrien. Selv om disse erfaringene på sett og vis ligger i randsonen til opplevelsen av politiassistert tvang, er de av betydning for å kunne forstå hvordan pårørende ser på sin situasjon. Jeg tar derfor med et punkt i dette kapitlet som er kalt ”vernesystemets nemesis”. Fellesnevneren er at de pårørende opplever seg som ”ikke eksisterende” i møte med institusjonspsykiatrien, og at vernesamarbeidet slik er totalt fraværende.

I det videre ser jeg på tvang i forhold til frihetsberøvelse utfra Psykisk Helsevernloven. Det at en person kan oppleve at han er utsatt for tvang og maktbruk, uten å være formelt underlagt tvang (Iversen, Høyer, Sexton, Grønli 2002), diskuteres også relatert til tvang og etikk.

Dilemma ved tvangsinnleggelser

Jeg ser først på hvordan det er for pårørende når deres nærmeste ikke ønsker hjelp og de utfordringene som inntreffer når tvang blir nødvendig. Politiassistert tvang er i mange sammenhenger et resultatet av at helsevesenet ikke gir hjelp i tide, eller at helsevesenet bruker politiet uten at det er påkrevd.

Når den syke ikke ønsker hjelp

For foreldre kan idealet til dem selv som omsorgspersoner settes på spill når de må frata sitt barn retten til selvbestemmelse. En tekst, sitert nederst på side 17, ble innledet slik: *Jeg må erkjenne at tema TVANG vekker sterke og ambivalente følelser hos meg.*

Boye & Malt (2002) viser at pårørende opplever en meget sterk skyldfølelse ved akutte innleggelser i psykiatrien. Skyldfølelsen medfører en vedvarende smertetilstand. Vi har tidligere møtt en datter som skrev at hun kjente seg som sin mors Judas når hun vekselvis måtte true, overtale og lokke moren til å bli med til legevakten for vurdering om innleggelse i sykehuset. Når datteren opplevde seg som angiver, var det fordi hun så hospitalisering som eneste reelle mulighet for at moren skulle få behandling. Slik tok hun også ansvar for å verne sine to søsken. Situasjonen i hjemmet var uholdbar. Selv om datteren legalt sett ikke anvendte tvang overfor sin mor, anvendte hun moralsk sett tvang når hun mot morens vilje fikk henne med til lege.

I motsetning til denne datteren, som verken fikk hjelp fra helsevesenet eller fra politiet, fikk familien i mønsterfortellingen hjelp av et velorganisert helseteam. Sønnen i mønsterfortellingen hadde i forkant av episoden fått poliklinisk behandling. Selv om helsevesenet på en god måte, sett fra pårørende ståsted, tok ansvar og iverksatte nødvendige tiltak når sønnen ikke lenger ønsket hjelp, innebar situasjonen likevel moralske utfordringer for familien. De siste tolv timene før tvangsinnleggelsen beskrev foreldrene slik:

Den syke var forvirra, men rolig. Han gikk som vanlig ut, med beskjed om at han gikk seg en tur. Vi gjorde sykehusbagen klar, og satte den selvsagt ute av syne.

Vi kjørte vår bil unna, for å gi plass til flere andre biler neste dag.

Vi eksisterte i spenning.

Det ble en søvnløs natt.

Tidlig på natta registrerte vi at sønnen vår kom heim og gikk stille og rolig og la seg.

Da var det håp om at han ville sove lenge, ja så lenge at lege og politi nådde han heime. Vi ba spesielt om at politiet måtte komme i sivile biler og sivilkledd. Vi håpet på gråvær og regn, slik at alle naboer oppholdt seg innendørs. Vi fryktet at det kunne bli en trasig forestilling.

Vi ser hvordan familien i relasjon til sønnen går på "tå hev", har kontinuerlig et øye til ham og går "på nåler" fordi det som skal skje må holdes skjult for ham. Det at sønnen trengte helsehjelp måtte også holdes skjult for naboene. Fordi dette var en helt ny

erfaring for de pårørende, trengte de konkret informasjon underveis slik at situasjonen kunne bli mest mulig forutsigbar: *Mandag morgen fikk vi en oppklarende telefon fra psykiatrien. Den ansvarlige legen fortalte når de skulle komme. Han ville ha med seg to personer, derav en psykolog som vi hadde møtt før. Dermed hadde vi noen holdepunkter.*

I kontrast til det gode samarbeidet som i dette eksemplet inkluderer en felles forståelse mellom pårørende og helseteamet, har vi sett at majoriteten av informantene erfarer det motsatte. Helsevesenet forstår ikke at de trenger hjelp.

Canadiske pårørende sier i en kvalitativ intervjuundersøkelse at det er vanskelig å leve med det uforutsigbare og den ambivalens som symptomene medfører. De strever med å "normalisere" og sette grenser for den syke ved kontinuerlig krisehåndtering i forsøk på å få kontroll. De søker uavlatelig etter løsninger som kan bedre situasjonen, de prøver å tale den syke til "fornuft" og leter etter hans sterke sider. De sosiale problemene som sykdommen medfører kan være noe av det tyngste å takle. Opp i det hele må pårørende ha styrke for å være pasientens talsmann overfor helsevesenet (Milliken & Northcott 2003).

Mine informanter forteller om utfordringer på det relasjonelle, det praktiske og det sosiale planet. De møter et helsevesen som enten ikke forstår at de har behov for hjelp eller som ikke har ressurser til å gi dem hjelp i tide. Helsevesenet vegrer seg for å gå inn i situasjonen og overtale eller "presse" den syke til innleggelse. Denne form for tvang overlates til familien. Helsevesenet overlater sitt faglige ansvar til politiet. Politiet bruker tvang. Svikten fra helsevesenet og polititvang opplever pårørende som krenkende.

I skjæringspunktet mellom familiens og vernesystemets ansvar

I følge Psykisk Helsevernloven § 3-3 er vilkårene for tvang: "...at frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette". Tvang kan da anvendes for å forhindre vesentlig forverring av tilstanden i nær fremtid eller hvis: "... utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad er redusert". Videre er vilkåret at det er nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Med unntak av farlighetskriteriet skal det skje en

helhetsvurdering i forhold til: "... om tvang er den beste løsningen for vedkommende sett i forhold til den belastningen inngrepet vil medføre".

Når helsevernet vurderer om det er nødvendig med tvang, utfordrer det verdiene autonomi og paternalisme overfor pasienten. Innen det psykiske helsevernet i Norge veier pasientens rett til selvbestemmelse tungt. Utover på 1980-tallet er derfor "pasient", bevisst erstattet med "klient" eller "bruker", fordi pasient for noen betyr underdanighet og umyndiggjøring. Som klienter og brukere skal mennesker som trenger helsehjelp møtes med respekt som myndige individer.

Optimalt skal en bruker selv etterspørre helsevesenets tjenester og bestemme hvordan, når og om han vil motta hjelp. Helsevesenets oppgave er å stå til tjeneste og tilrettelegge sine tjenester i samarbeid med brukeren. I et "brukerstyrt" helsevesen kan det bli problematisk å frata brukeren ansvar hvis og når han ikke selv har styrke, vilje eller evne til selvstendighet. I dagliglivets små og store spørsmål må helsearbeideren noen ganger ta valg for brukeren som går på tvers av idealet om autonomi. Helsearbeideren må bruke faglig skjønn for å vurdere hva som tjener brukeren best, på kort og lang sikt.

Når det gjelder vurdering om tvangsbehandling, blir idealet om det autonome individ satt på prøve. På den ene siden kan det være slik at brukeren må fratas ansvar for eget liv nettopp for verne livet hans. På den andre siden kan det å gi han ansvar for eget liv, være en trussel mot livet. Problemet er at ingen kan se inn i fremtiden. Uansett hvilket valg som tas, kan det i ettertid vise seg å være uheldig.

Helsearbeideren kan skjule seg bak de positivt ladete ordene om ansvarliggjøring og autonomi, fordi behandlingstilbudet innen psykisk helsevern i dag ikke er tilstrekkelig til å gi alle som ønsker det hjelp (Alvsvåg & Tanche-Nilssen 1999: kap 9). Hvis helsevesenet ikke tar ansvar for den syke når familien vurderer at han i aller høyeste grad trenger hjelp, kan det betegnes som unnlåtelsessynder. Disse unnlåtelsessyndene rammer i neste omgang også familien. Brukerens frihet og autonomi støter mot pårørendes rett til det samme.

På mange måter er myndiggjøring av mennesker med alvorlig psykisk sykdom positivt når vi ser det i forhold til psykiatriens historie som er preget av umyndiggjøring. Avinstitusjonaliseringen innen psykiatrien ga pasienten rett til å delta i det pulserende samfunnet på lik linje med andre borgere, og der inngå i nærmiljø og nettverk. Det at medikamentell behandling ble en realitet utover på 1950 – 60 tallet, bidro i stor grad til et bedre og mer ”veltilpasset” liv for mange av de pasientene som ellers var ”dømt” til et liv innenfor institusjonens murer.

I dag er kortest mulig opphold i institusjon ved akutt sykdom, eller helst ikke innleggelse i det hele tatt, ansett til å være det beste for de fleste mennesker med psykisk lidelse. Det rådende syn i behandlingssammenheng er at institusjonstilværelsen ikke er egnet til å trene mennesker til å takle hverdagen i samfunnet. Dessuten kommer vi heller ikke utenom det faktum at døgntilrettelagt behandling er kostnadskreven (Høyer og Dalgard 2002:kap 3).

Det kan altså argumenteres moralsk, medisinsk og økonomisk for behandling av psykiatriske pasienter utenfor institusjon. Men samtidig vil den autonome bruker, som selv ønsker asyl i institusjonen fordi livet i samfunnet blir for vanskelig å takle, møte på problemer. I slike tilfelle vil den autonome bruker ikke alltid bli tatt på alvor. Han kan gjerne bli fortalt at i og med at han har sykdomsinnsikt trenger han ikke en institusjonsplass.

I de sammenhenger hvor den syke ikke selv ønsker hospitalisering, må det settes strenge krav til det å sette et menneske bak lås og slå uten rettergang. Internasjonalt er det bred enighet om at farlighetskriteriene er det eneste sikre og ansvarlige grunnlaget for tvangsinnleggelse. Det er motstridende syn på om tvang bør anvendes på grunnlag av mulighet til behandling eller for å unngå forverring av tilstanden. Hensynet til personens rett til frihet veier meget tungt. Det er ikke påvist at tvang i seg selv har en positiv effekt på behandling og mulighet til tilfriskning. Heller tvert i mot (Høyer 2000, Høyer et. al. 2002).

Andel tvangsinnleggelser er høy i Norge sammenlignet med andre vestlige land. Disse forskjellene lar sig ikke forklare ved ulikheter i demografi, i lovverket eller organisering av helsevesenet (Bjørngaard & Hatling 2003). Høy andel tvang er

moralsk forsvarlig hvis alternativet er at mennesker med alvorlig psykisk sykdom går til grunne. Ser vi til USA og Canada har utviklingen der gått mot en urovekkende økning i antall alvorlig psykisk syke som bor på gaten og livnærer seg med tigging eller kriminalitet (Milliken & Northcott 2003). Høy andel tvang er negativt hvis årsaken er svikt i tilbudet om frivillig behandling. Øyvind Ekeberg (2003) sier at kravet til effektivitet, knappe ressurser og overfylte akuttavdelinger forringer et forsvarlig behandlingstilbud. I forslag til handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, skriver Sosial- og Helsedirektoratet (2005) at høy andel tvang har sammenheng med svikt i tilbudet om frivillig behandling.

Antall tvangsinnleggelser varierer også mellom institusjoner og regioner. Det tilsier at der det er lav andel tvang, er behandlingstilbudet godt og omvendt. Hvis akuttavdelingene er overfylte, blir pasienter henvist på tvangsparagraf prioritert og de som ønsker frivillig innleggelse avvist (Friis 2001). Det at noen sykehus forblir på ”tvangstoppen”, kan ikke forklares kun utfra befolkningsmessige forskjeller. Forhold knyttet til institusjonene ser ut til å ha betydning (Bjørngaard & Hatling 2003). Det er altså ulik mulighet for et frivillig behandlingstilbud i landet.

Selv ved innleggelse på tvangsparagraf, varierer mulighetene til å få hjelp. Det viser en undersøkelse i Østfold fylke hvor andel tvang per innbygger er høy. I de månedene som undersøkelsen kartla i 2000 var gruppen med psykoser og personlighetsforstyrrelser underrepresentert i forhold til innleggelse etter § 3, den såkalte observasjonsparagrafen, som da var gjeldende.⁸ Til sammenligning med pasienter med depresjoner, er pasienter med psykoser overrepresentert i forhold til det å bli skrevet ut igjen fra institusjon etter 24-timers regelen. Det gjelder spesielt personer med kombinasjon rus og alvorlig sinnslidelse. Friis, Gjeldstad, Løvdahl & Ruud (2003) konkluderer blant annet med at årsaken kan være at symptomene ved disse diagnosene veksler raskt. Pasienten kan fremstå som friskere i løpet av noen timer. Det at pasienten kommer inn i trygge rammer, kan også gjøre at han fremstår mindre psykotisk.

⁸ § 3 I den tidligere Psykisk Helsevernloven åpnet for at pasienten kunne holdes tilbake uten eget samtykke for vurdering og behandling inntil tre uker.

Jeg mener en mulig grunn til forskjellene i denne undersøkelsen kan være at institusjonene prioriterer pasienter som har god utsikt til bedring ved kortest mulig hospitalisering. Pasienter med alvorlig sinnslidelse kan trenge et mer langvarig opphold. Samtidig kan disse ha en mer utagerende adferd enn mennesker med depresjoner. Der akuttinstitusjonene er overfylte blir mange pasienter liggende på korridor. Korridorsenger er lite egnet for hospitalisering av mennesker med utagerende atferd. Resultatet er at pårørende må ta ansvaret for omsorgen så sant de fortsatt har krefter til å stille opp.

Antall tvanginnleggelser kan imidlertid reduseres ved å sette fokus på løsninger og ved et bedre samarbeid mellom nivåene og nettverket, inklusive familien. Det viste "Gjennombruddsprosjekt i psykiatri: Bruk av tvang" som ble gjennomført i regi av Den norske Lægeforening i noen distrikt, i forbindelse med opptrapningsplanen i psykisk helsevern. I prosjektperioden ble antall tvangsinnleggelser redusert i vesentlig grad. Selv om resultatene også skyldtes økte ressurser, førte fokus på tvangsproblematikken til en holdningsendring, som igjen resulterte i nedgang i tvangstiltak (Føyn & Mathisen 2002).

Hvis vi ser til Canada, som på mange måter har et helsevesen som kan sammenlignes med vårt, beskriver pårørende der at de må føre en kamp både mot helsevesenet, som ikke vil gi dem hjelp, og mot den syke, som ikke vil ha hjelp. I møte med helsevesenet kjenner de seg umyndiggjort, samtidig som det å stå alene med omsorgsansvaret krever stor grad av myndighet. Når loven tilsier at en tvangsinnleggelse må skje ved en helhetsvurdering, mener pårørende at deres vurderinger må veie tungt. De erfarer imidlertid det motsatte. Deres vurderinger blir lite eller ikke vektlagt i helhetsvurderingen. Milliken og Northcott (2003) konkluderer med at hvis helsevesenet umyndiggjør pårørende, kan lovverket miste sin forankring i praksis. Lovverket skal ivareta det moralske ansvar for den syke og samfunnet. Når helsevesenet ikke bemyndiger pårørende, brytes forbindelsen mellom det moralske og det legale ansvaret for pasienten.

Det som er enda verre for de canadiske pårørende, er at når helsevesen i stor grad kun legger farlighetskriteriene til grunn for tvang, blir det et maktovergrep både overfor den syke og familien. For det første er det moralsk forkastelig å godta at mennesker

langsomt går til grunne. For det andre, hvis hjelpen først blir gitt ved direkte farlighet, kan den syke innen den tid ha begått handlinger som han i ettertid ville angre, og som rammer relasjonene i familien. Slike handlinger vil følge den syke og forringe utsikter til tilfriskning (Milliken & Northcott 2003).

Bildet av tvangsproblematikken er enda mer sammensatt. Det er slik at når pasienten selv ønsker hospitalisering, kan legen utenfor institusjonen kjenne seg forpliktet til å bruke tvangsparagrafen for å få en plass i overfylte avdelinger. I slike sammenhenger har institusjonen plikt til å ta imot pasienten (Ekberg 2003). En av de pårørende i mitt prosjekt har erfart nettopp dette: *Når det gjelder tvangsinnleggelse, så er min erfaring at psykiatrien forlanger tvangsinnleggelser, sjøl om pasienten og pårørende ønsker en frivillig innleggelse.* Her helliger hensikten midlene. Nektes den syke asyl på frivillig grunnlag, kan skuffelsen være tung å bære. Selvmord blant mennesker som ikke får asyl, eller som blir for tidlig utskrevet, forekommer.

Mennesker som kan anses til fare for andre, skrives daglig ut på grunn av plassmangel. Det såkalte "Trikkedrapet" i Oslo sommeren 2005 ble begått av en pasient som nylig var utskrevet. Etter det som kom fram i media, ble han skrevet ut uten konkret avtale om poliklinisk oppfølging. Han hadde heller ikke et nettverk som kunne støtte ham. I den påfølgende debatten i media kom det frem at helsepersonell til daglig står overfor svært vanskelige valg i forhold til hvem som får bli og hvem som "må ut". Det kan være lettere å skrive ut en pasient som har en familie å komme tilbake til.

I følge intervju med Georg Høyen (2005) er svingdørsproblematikken ikke nødvendigvis negativ. Han mener at det å sperre inne mennesker mot deres vilje skal skje i minst mulig grad. En inn / ut – behandling kan være mer riktig for pasienter som ikke selv ønsker behandling. Høyen har et viktig argument fordi det ikke er forskningsmessig påvist positiv behandlingseffekt av tvang (Høyen et. al. 2002).

Etter mitt skjønn står Høyens argument opp mot friheten og livskvaliteten til familien. De kan selv bli syke. Når det gjelder hva som er til pasientens beste, forstår pårørende i mitt prosjekt det slik at tvungen psykisk helsevern er siste utvei til adekvat behandling og mulighet til tilfriskning. En av mødrene beskrev at

svingdørsproblematikken gjorde hennes datter enda sykere. Etter at datteren hadde opplevd gjentatte traumatiske politiassisterte tvangsinnleggelser, forteller moren: *Så kjem ho til akuttavdelinga på psykiatrisk, er der 2 – 3 dagar, kjem heim med ein aggresjon rikare.* For hver ny tvangsinnleggelse blir det mer dramatisk ettersom datterens motvilje mot sykehusvesenet tiltar.

Mange av tekstene i mitt prosjekt gir støtte til hennes erfaringer. De forteller at den syke blir vurdert, medisineret og deretter sendt hjem. En av dem beskriver at de heller ikke fikk hjelp selv om de satte ”himmel og jord i bevegelse”. Når det så ender med politiassistert tvangsinnleggelse av sønnen, skjer følgende: *Han går frivillig med dem, forteller verbalt høflig hvordan det føles. Et overgrep. Han har ikke gjort noe galt. [...] Så kommer overgrep nr. 2. Tvangsmedisinering og innleggelse på lukket avdeling.*

Vi skal ikke se bort fra at tvangsmedisineringen er valgt for å redusere antall døgn i institusjonen. Et kortest mulig opphold enten av hensyn til den syke eller av hensyn til ressurser, medfører en kontinuerlig krisetilstand for pårørende. Krisetilstanden topper seg ved hver ny innleggelse på grunn av problemer med å få hjelp. Resultatet blir som en pårørende i dette prosjektet uttrykte det: *[...] Men ingen hjelp å få. Ingen lege kunne komme hjem. Samme ritual hver gang det oppsto en krise.*

I dybdeintervju forteller mødre i USA (Crisanti 2000) at de opplever tvangsinnleggelser av voksne barn som uhyre krevende fordi de ikke får hjelp før situasjonen blir dramatisk. På samme måte som for pårørende i Canada (Milliken & Northcott 2003) erfarer de at behandlingsapparatets kriterier for tvang ikke samsvarer med familiens vurderinger. Når mødrene vurderer at de trenger hjelp, opplever de at helsepersonell dømmer dem til å være dårlige omsorgspersoner som kun vil overlate sine problemer til andre. Tilslutt har de ikke lenger krefter til å oppsøke hjelpen. Da er situasjonen blitt dramatisk. I min studie er det mange som har opplevd det samme. En av dem påpeker: *Jeg håper og tror at legen nå skjønner at når jeg først ber om hjelp for min hustru er det for hennes – og ikke min skyld.* Han tok ansvaret for konen. Det handler om det motsatte av å fraskrive seg ansvar.

I mønsterfortellingen bemyndiget helsevesenet familien til samarbeid i forbindelse med en tvangsinnleggelse. I den sykes perspektiv var handlingen et maktovergrep som han motsatte seg ved å henvise til lovverket og ved å låse seg inne på sitt rom. I forhold til det overordnede kriteriet for tvang i Psykisk Helsevernloven var han i sin fulle rett. Han var ikke der og da til fare for seg selv eller andre. I samarbeid med helseteamet handlet familien mot sønnens vilje.

I forhold til sønnens opplevelse av maktovergrep, viser en større undersøkelse blant inneliggende pasienter i Norge at bortimot en tredel av de frivillig innlagte opplever seg utsatt for tvang gjennom negativ maktbruk. Ikke uventet er opplevd tvang eller maktovergrep ved tvangsinnleggelser høy. Noen av dem som har gjennomgått en frivillig innleggelse opplever imidlertid også situasjonen som en form for tvang (Iversen et. al. 2002). Min tolkning er at disse pasientene kan oppleve at de har blitt lurt eller presset til en frivillig innleggelse. De kan også kjenne seg tvunget av sine nærmeste uten at det er utøvd fysisk makt. Slike former for ”overtalelser” blir ikke registrert som tvang så lenge det ikke formelt sett er fattet vedtak som innebærer retten til bruk av fysisk makt.

Den eneste fysiske maktbruk vi kan lese om i mønsterfortellingen, er at faren brøt opp døren til sønnens gutterom. Det å tiltvinge seg adgang til den private sfære skjer sikkert i mange hjem overfor en ”uregjerlig” ungdom, spesielt når det er psykisk sykdom med i bildet. Den eneste konkrete forskjellen på denne innleggelsen og en frivillig innleggelse var at sivilkledd politi var med. Familien forteller at situasjonen ender med at: *Den syke kledde på seg etter ordre fra legen og forlot heimen stille og rolig og frivillig sammen med legen, to politi og to terapeuter fra psykiatrien.*

Når sønnen fulgte med frivillig, kan det være et samspill av flere faktorer. Han kan ha kjent seg avmektig i møte med overmakten, eller han forsto at han trengte hjelp, men visste ikke hvordan. Det at helsevesenet brukte tid, ressurser (de var mange tilstede), list og forstand i møte med den syke og hans familie, er i alle fall et eksempel på hvordan en tvangsinnleggelse kan foregå på en verdig måte sett fra familiens ståsted. Spesielt var det viktig for dem at de ble hørt da de innstendig ba om at politiet måtte komme uten uniform.

Oppsummert kan vi si at pårørende og helsevesenet kan ha ulik forståelse av om den syke skal få helsehjelp. Slik kjenner pårørende seg gjerne umyndiggjort. Vi kommer ikke utenom at problemene med å få hjelp bunner i ressursmessige begrensninger i psykiatrien. Det verste for den pårørende er når uniformert politi går helsevesenets ærend uten grunn. Da oppleves det som en straff. Den syke endrer rolle fra pasient til forbryter.

Politiassistert tvang - vern eller straff?

Selv om det er mange som gir politiet hederlig omtale, oppfattes deres inntreden på arenaen som en straff. En av informantene spør seg: *Hvorfor blir ikke fredelig prosedyre prøvd først?* En annen, som forteller at sønnen på ingen måte er voldelig, spør: *Hvorfor bruke vold mot ikkevoldelige mennesker?* Mange har også fortalt at den syke reagerer sterkt på at politiet kommer, blant annet en far som beskrev at hans datter ble meget urolig da han fortalte henne at politiet kom for å hente henne fordi hun ikke ville returnere til sykehuset etter permisjon. I et av sitatene på side 41 sier en far at han ikke bebreider politiet, men derimot helsevesenet og psykiatrien: [...] *som har akseptert å administrere slike krenkelser av sine egne pasienter.*

Politiet kan på den annen side i mange sammenhenger bidra til å gjøre en vanskelig situasjon lettere for den pårørende:

Vi har bare gode erfaringer med politiet, og nå kommer jeg på en episode da Maren for første gang skulle innlegges på [...]. Da kom politiet hjem som avtalt og hentet Maren, og mor fikk sitte på hele veien innover, mor ville gjerne at Maren skulle være trygg under den lange reisen innover til [...], for å slippe angst og panikk.

Når politiet viser evne til omsorg, handler det om å bry seg om sine medmennesker. Det å være medmenneskelig er ikke profesjonsavhengig. Helsepersonell sier imidlertid eksplisitt at det ligger inn under deres kompetansefelt. Denne kompetansen er lite fremtredende i tekstene mine.

Som vi har sett er problemet for pårørende at uniformert politi påfører familien en merking, synlig for omverden. Slik blir de dobbelt merket fordi stigmatisering av

psykisk sykdom i seg selv er dypt forankret i vår kultur. Den negative betydningen har røtter til antikken. Her ble mennesker som var uønsket eller farlige påført et synlig merke som tilkjennega at alle på gater og torg skulle vike unna vedkommende. I dagens samfunn både skapes og opprettholdes stigmatisering av psykisk sykdom blant annet av media ved karikering og farliggjøring (Björkman 2005).

Den holdningsbårne stemplingen av sykdommen, er i de fleste sammenhenger et usynlig merke. Uniformert politi er et synlig merke som forteller at det må brukes makt og myndighet for å holde ro og orden, verne befolkningen mot uønskete og farlige personer og å forhindre skade på eiendom.

Den eneste av mine tekster hvor det ikke eksplisitt ble fremhevet at uniformert politi er stigmatiserende, handlet om en situasjon hvor familien selv tilkalte politiet fordi sønnen utøvet hærverk (side 24). Fra et helt annet ståsted fortalte en ektemann, som i forkant var blitt avvist av legen, hvordan det var da politiet kom på døren: *Det var ganske pinlig med politi og sykebil og to uniformerte politifolk i det "fine" boligkomplekset vi da levde. Selve pågripelsen skjedde i leiligheten, og det var nødvendig med bruk av ganske mye fysisk makt.* Når situasjonen tilspisser seg, kan helsepersonell kjenne seg utrygge. Det kan da gå automatikk i å søke politiets bistand.

Politiet og brukerorganisasjonene har gjort gjentatte henvendelser til helsemyndighetene om at politiet blir brukt uten grunn (Sosial- og Helsedirektoratet 2005). Når LPP krever at politiet skal opptre i sivilt, så sant det ikke er snakk om nødrett, er kravet imøtegått fra flere hold med argumentet om at pasienten ønsker å vite hvem han har med å gjøre. De pårørende i mitt prosjekt har motsatt erfaring, noe som understrekes i en tekst hvor en mor siterer sin sønn: *"Når jeg blir behandlet som en kriminell, kan jeg liksågodt bli det"*. Leder ved kontrollkommisjon III, Ullevål universitetssykehus, Ulik Hegnar, oppgir at det pasientene oftest klager på i forhold til tvangsbruk, er det å bli hentet av politiet. Det oppleves som meget traumatisk (Psykisk Helse 2006:1, side 9).

Politiet blir kanskje brukt ved tvangsinnleggelser fordi helsepersonell med hjemmel i Psykisk Helsevernloven ikke kan bruke fysisk makt overfor pasienten før vedtak om tvang er fattet. Ifølge § 3 har helsepersonell imidlertid plikt til selv å oppsøke

situasjonen og vurdere om overtalelse vil kunne føre fram. Unntaket er nødrett eller der det er åpenbart formålsløst å forsøke frivillighet. Den samme plikten til å gi hjelp har de i følge Helsepersonelloven § 7: ”Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig”. Videre, i følge samme paragraf, heter det: ”...nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser”.

Politiet brukes også i stor utstrekning til å transportere psykisk syke mellom institusjoner etter at vedtak om tvang er fattet. Helsevesenet vil unngå å bruke eget transportmateriell fordi det tekniske utstyret kan bli skadet. Ambulansen er forbeholdt mennesker med somatisk sykdom.⁹

I programmet ”Brennpunkt NRK 1”, den 15. april 2005, fortalte politiforbundets leder Arne Johannessen at han hadde fått en henvendelse fra en polititjenestemann som for tjue år tilbake var blant dem som påpekte de uverdige forholdene ved den utstrakte bruken av politiet. Polititjenestemannen påpekte at forholdene siden den gang er forverret. Det beslaglegger politiets ressurser i forhold til deres hovedoppgaver. Dette er derfor både en praktisk og en etisk utfordring for politiet.

Et lyspunkt her er at Helse Bergen i juni 2005, etter påtrykk fra politiet, brukerne og pårørende, gikk til anskaffelse av spesialutstyrt ambulanse med eget team som skal brukes både overfor ”rømte” pasienter og ved avhenting for vurdering av tvang. I følge radiointervju med overlege ved Psykiatrisk Akuttmottak (PAM), Haukeland Universitetssykehus, i oktober måned er erfaringene med ”Psykiatribilen” meget positive. Det ble samtidig opplyst at politiets oppdrag for psykiatrien var redusert med tjue prosent.

Vi kan spørre oss om det er den syke selv, den pårørende, politietaten, helsevesenet eller ressurstilgangen som skal bestemme hvordan hjelpen skal gis. Min empiri viser at det er tilgangen på ressurser, systembårne rutiner og holdninger og ikke minst den enkelte helsearbeiders vurderinger som avgjør om hjelpen blir verdig eller ikke.

⁹ Opplysninger gitt ved konferansen om frivillighet og tvang i psykisk helsevern i Oslo den 4. mai 2004.

Som nevnt i innledningen til dette kapitlet, forteller svært mange pårørende om sine negative møter med institusjonspsykiatrien. Når disse erfaringene betegnes i det videre som ”vernesystemets nemesis”, henspeiler det på at helsevernet på systemnivå gjennomsyres av en nemesis¹⁰, det vil si noe som kan være skadelig.

Vernesystemets nemesis

Ordbruken i empirien min tilsier at den pårørende forstår `psykisk helsevern` som vern av den syke. I forhold til kriterier for tvang henspeiler uttrykket `vern` i Psykisk Helsevernloven også på samfunnsvern og dermed også vern av familien. Pårørende må slik ha en selvfølgelig plass i dialogen med det psykiske helsevernet, både i forhold til det å verne den syke og i forhold til å kunne kreve, om nødvendig, beskyttelse fra den sykes handlinger. Som vi har sett kan denne dialogen svikte i forkant av en tvangsinnleggelse. I forhold til erfaringer med institusjonspsykiatrien forteller pårørende om møter med et ekspertvelde som ikke makter å gi hjelp til den syke, som stenger den pårørende ute og svikter sitt ansvar for å gi dem støtte og trøst. Vernesystemet preges av en nemesis til skade for alle parter. Den åpne dialogen mellom pårørende og akuttavdelingene er så å si fraværende i min empiri.

Et sykdomsfremmende ekspertvelde

En av tekstene formidlet at behandlingen i institusjon er sykdomsfremmende og at den forringer mulighet til tilfriskning:

Mange av disse pasientene er ikke så veldig syke i utgangspunktet, men blir sykere av den behandlingen de får i dette systemet, som består av giftige piller, tvang og stigmatiserende diagnoser. Den første tvangsinnleggelsen blir som regel ikke den siste. Pasientene kommer inn i en ond sirkel av fortvilelse, hjelpeløshet og håpløshet. Og blir møtt med mer giftige kjemikalier og tvang.

En mor fortalte at fordi sykehusets folk var utslitte, taklet de ikke for store utfordringer i møte med den syke:

¹⁰ Nemesis her i betydning den straffende gjengjeldelse.

På avdelingen var han ikke villig til å ta medisiner. Han ble etter en tid tvangsmedisinert. Jeg fikk som tutor vite dette ganske lang tid etter. Legen fortalte meg at han var så sliten at han ikke orket å argumentere med sønnen min hver dag for å få han til å ta medisiner. Derfor ble han tvangsmedisinert. Beretningen om hendelsen fikk jeg av min sønn flere år etterpå. Han sa at han hadde slått ned tre pleiere før de fikk overmannet ham. Det er kanskje tilfelle for han var sterk og godt trent på det tidspunktet.

En annen mor fortalte også at institusjonen var enerådende i sine avgjørelser selv når behandlingstiltakene ikke lykkes: *Han ble tungt medisinert, og fikk diverse bivirkninger, og sa ingenting. Personalet så det, men gjorde ingenting, før min mor [...]skrev en knallhard rapport, som ble sendt til Fylkeslegen. [...]Da ble det slutt på overmedisineringen.*

I en av tekstene som vurderte tvangsproblematikken i et samfunnsperspektiv, hevdes det at behandlingskulturen er styrt av økonomi, markedskrefter, makt og kulturbetingete holdninger.

Psykiatrien har gått ut på dato med sine eldgamle holdninger og totale mangel på nytenking. Dessverre ligger det mye penger i dette systemet. Hele strukturen er bygd opp rundt penger, makt og posisjoner. Og legemiddelindustrien gnir seg i hendene, dess flere kronisk syke, dess mer tvang, dess mer penger for dem. At unge menneskers liv blir ødelagt, at de får sår som aldri vil gro, traumer som hjemsøker dem dag og natt på grunn av alt det vonde de har opplevd i "hjelp"-apparatet, det er ikke viktig så lenge "ekspertene" får beholde makta. Hvis helvete finnes må det være i psykiatrien!

Det siste utsagnet er sterkt og tyder på at informanten er hardt rammet. Ordene rammer også "de gode hjelperne" som gjør så godt de kan innenfor systemets rammer.

I en feltstudie med fokus på schizofreni, språk og behandling, gjennomført i en ettervernsinstitusjon / langtidsinstitusjon, fant Geir Fagerjord Lorem (2005) at en kulturbetinget og diagnoserettet praksis fører til at personalet slites mellom institusjonelle plikter og pasientens behov og ønsker. Selv om en forringet

kommunikasjon er en følge av symptomkomplekset ved schizofreni, er den i stor grad betinget av en kultur av eksklusjon, utestegning og avvisning. Lorem observerte blant annet at personalet ikke evnet å snakke med de syke om det som opptok dem, og mener at det skyldes at personalet kan kjenne frykt og usikkerhet i møte med den sykes tanker.

Et ekskluderende system

Mange pårørende har fortalt om møter med en institusjonskultur preget av eksklusjon, utestegning og avvisning. Etter å ha kjempet for å få hjelp til sin mor og til slutt vært vitne til et traumatisk overgrep mot henne, ble en datters møte med psykiatrisk institusjon en vond erfaring:

Tre dager senere kommer jeg til sykehuset. Det er rart, på hvilken som helst avdeling på et sykehus er pleierne og legene vennlige. Her skulle man tro de var vakter på et fengsel der alle hadde begått grusomme handlinger.

I flere studier forteller pårørende at de kjenner en uvirkelighetsfølelse når de i institusjonene møter mimikkløse ”steinansikter”, som gir inntrykk av at de verken hører eller ser dem. Pårørende kjenner seg som ikke-eksisterende innenfor institusjonen samtidig som de til en hver tid må stå parat til å ta omsorgsansvaret fordi pasienten over natten kan skrives ut til sitt nettverk. Ved utskriving mener pårørende at de ikke får nødvendig informasjon (Holte et. al. 2003, Mevik 1998, Muhlbauer 2003, Milliken & Northcott 2003, Olsen 2002, Viljugrein 1998).

Det er mulig at helsearbeideren unngår kommunikasjon med pårørende i redsel for å gå ut med taushetsbelagte opplysninger om den syke. Dagens behandlingsformer krever imidlertid at helsearbeideren utøver et faglig skjønn i overveielser om hvilke opplysninger som er nødvendige for den pårørende (Marshall & Solomon 2003). Taushetsplikten skal ikke stå i veien for at pårørende får nødvendig informasjon om behandling og prognose så sant det er de som må overta ansvaret og omsorgen (Sosial- og Helsedirektoratet 2004).

Flere forhold kan hindre helsearbeideren i å utøve et faglig skjønn. For det første vil et undertrykkende system ikke fremme eller tillate selvstendighet. For det andre er det krevende å ta ansvar for egne skjønnsmessige vurderinger i en travel hverdag på overfylte akuttavdelinger. For det tredje vil det å gå ut med opplysninger om behandling gjøre at pårørende får se helsevesenet i kortene. Slik vil en regelbundet overholdelse av taushetsplikten både opprettholde systemene og beskytte systemene mot innsikt. Dette står i motsetning til at omsorg og behandling skal rettes mot individet som del av et sosialt nettverk. Det er imidlertid vanskelig for den enkelte innen behandlingssystemet å endre et system som opprettholdes og baseres på en regelbunden kultur. Selv om møter med enkeltmennesker kan være gode, vil et lukket og selvbeskyttende system være til hinder for åpen dialog med pårørende.

Problemet med utestengning av den pårørende blir særlig problematisk når institusjonen er mer åpen enn tidligere blant annet ved at den syke ”innvilges” permisjoner. Da er det familien som overtar helsevesenets ansvar:

Selv om sønnen min var innlagt på strengeste paragraf, fant han at han kunne nøytralisere og lindre de verste bivirkningene med alkohol. Det betød at han var tilstede på institusjonen om morgenen; inntok sitt morgenmåltid som besto av svart kaffe, og etter medisiner, strøk han på byen, og var tilbake på avdelingen ca. i firetiden på morgenen dagen etter. Ofte kom han hjem til meg, og sov rusen ut. Han kunne være hos meg i flere dager, selv om sykehuset ringte etter han. Han ville ikke godvillig gå ut i drosjen som sykehuset foreslo, og når jeg sa det gikk ut over jobben min, var det mitt problem da de ikke hadde ressurser til å hente folk, og det selv på §5.

Det kan her se ut som at grensen for ansvaret for den syke settes ved døren til institusjonen selv når han er underlagt tvang. I dette tilfelle har systemet verken evne eller vilje til å se hva det medfører for den pårørende.

Menigmann har i utgangspunktet respekt for profesjonene innen helsevesenet. Hvis forventningene ikke blir innfridd, er de likevel prisgitt profesjonsmakten. Pårørende står så å si med ”hatten i hånden” fordi de er redde for at et dårlig forhold til behandlersiden skal ramme den syke. En far i dette prosjektet fortalte at sykehusets

folk møtte familien med taushet etter at datteren skadet seg da hun var på hjemmepermisjon. Familien våget ikke å ta det som hadde skjedd opp med sykehuspersonalet av redsel for å bli anklaget for at de ikke hadde passet godt nok på sin datter. Det vil si, de var redd for bli betraktet som å ha sluntret unna i omsorgen slik at de for fremtiden ikke fikk ha datteren hjemme. I ettertid evaluerte far situasjonen ved å si: ”Så dumt tenkte vi da”. Det er vanskelig for pårørende å vite hva som faller inn under deres ansvar hvis ikke gjensidige forventninger avklarerer.

Pårørende er angitt som helsepersonells brukere både i Helsepersonelloven og i Pasientrettighetsloven. I legens etiske retningslinjer §1 står det: ”... pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt” og legens ansvar er å: ”... helbrede, lindre og trøste”. Når det gjelder sykepleierne, som er en viktig del av helseteamet omkring den syke, heter det i deres etiske retningslinjer at de har ansvar for å gi hjelp til den som lider, ved barmhjertighet (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere). Dette er idealet. En av familiene i prosjektet fortalte om sin erfaring med helsevesenet:

Det finnes så vidt jeg / vi har erfart, ikke noe som helst tilbud til pårørende i Helse[...] Psykiatrien i [...] er et fullstendig lukket miljø, som ikke ønsker å bli ”plaget” av pårørende. Til Helse [...] vil jeg bare si: fy skam! ”... og vår livskvalitet orker jeg ikke engang snakke om.

Tilsvarende erfaringer bekreftes av en undersøkelse i USA i 2002 blant 55 familier med omsorgsansvar for psykisk syke. De aller fleste fikk ikke hjelp verken i debutfasen av sykdommen, når det oppsto kriser eller de første årene med omsorgsansvaret (Levine m.fl. 2002). I Norge gir heller ikke helsevesenet i dag systematisk hjelp til den pårørende i psykiatrien (Boye & Malt 2002). Følgende sitat fra en av mine tekster sier noe om det: [...] *Krisepsykiatri, psykiatere i andre miljøer ved brann og ulykker i forskjellige situasjoner konfererer og kommer frem til løsninger om å yte best mulig hjelp. Vi fikk aldri hjelp. Vi har alltid måtte ordne opp selv.*

Påstanden fremsettes sannsynligvis på bakgrunn av medieoppslag. Krisehjelperne fremstår i media i de ”åpne” krisene som får publisitet. Krisen hos den pårørende i psykiatrien er oftest en taus krise som ikke kommer frem i media så sant det ikke er snakk om negative forhold, som når det begås drap eller den sykes handlinger medfører alvorlig personskaide.

At det er de åpne kriser som utløser hjelp, understrekes også i boken ”Den skjulte reformen”. Her belyser Alvsvåg & Tanche-Nilssen (1999) situasjonen i psykiatrien, eldeomsorgen og omsorgen for psykisk utviklingshemmede. Også her gjelder det at:

”Publisitet om kriseforholdene, gjerne lokalisert til lokalmiljøet, øker sjansen for å få hjelp. Aller best er det hvis media får saken. Det betyr et så stort press på hjelpeapparatet at krisen finner en løsning, ... ” (side 165)

Som nevnt i innledningen til rapporten, vegrer pårørende i psykiatrien seg for å gå åpent ut med sine erfaringer (Bratt & Sverdrup 2003). De henvender seg meget sjelden til pressen (Morlandstø 2003) og bruker derfor i liten grad media for å fremme sin sak. Pårørende er prisgitt et helsevesen som forstår at de trenger hjelp når de ber om det.

Jeg stiller i det følgende spørsmål ved hva det er som gjør at samarbeidet mellom pårørende og helsevernet kan bryte, og hvorfor helsevesenet ikke gir pårørende hjelp for sin egen del.

Et kritisk perspektiv på dialogen mellom helsevesenet og pårørende

Det er belegg for at høy andel tvangsinnleggelser kan være konsekvensen av for få ressurser i psykiatrien. Pårørende forteller at unødvendig politiassistert tvang skyldes at de ikke oppnår samarbeid med helsevernet. Med støtte i internasjonal forskning har jeg videreført dette til at pårørende blir umyndiggjort, og at umyndiggjøring kan være til hinder for vernesamarbeid.

Jeg spør om grunnen til savnet vernesamarbeid kan ligge i følgende antakelser:

For det første handler det om hvordan psykiatriens historie, kultur og sosiale koder er avgjørende for hvordan pårørendes rolle defineres i behandlingssammenheng. For det andre kan pårørendes tiltakende omsorgsansvar kombinert med at de kan kjenne seg underdanige i møte med ekspertveldet, føre til at de ikke evner å kommunisere budskapet om at de trenger hjelp. For det tredje er det mulig at helsearbeideren underkjenner den pårørendes styrke og erfaring. Jeg undrer meg også på om helsearbeideren stenger den pårørende ute fra samarbeid fordi de vegrer seg for å ta del i deres smerte og deres ansvar.

Jeg starter med å diskutere pårørenderollen slik den fremtrer fra behandlernes ståsted og deretter fra pårørendes ståsted. Jeg antyder at helsevesenets syn på pårørende og deres rolle går mot et paradigmeskifte. Til slutt spissformulerer jeg argumentene i en oppsummering.

Pårørendes rolle i et utenfra-perspektiv

Familiens rolle og ansvar i psykiatrien har endret seg i pakt med forståelsen av normalitet og samfunnets ressurser. Mennesker med avvikende atferd ble utestengt, innestengt eller forvist bort fra "normalsamfunnet" enten ved å bli stengt inne hos familien, eller i "dollhuset", og for de "bemidlede", satt bort i privat pleie. Vårt første psykiatriske sykehus, Gaustad asyl, som ble opprettet i 1855 hadde en dobbel funksjon, både samfunnsvern og behandlingsinstitusjon. De syke ble sperret inne for å verne omgivelsene fra galskap samtidig som asylet var et fristed hvor sarte og forrykte¹¹ sjeler skulle vernes fra samfunnets farer og påvirkning, inklusive utfordringer i familiesammenheng (Høyer 2002: kap 3, Steen 2005).

I dag er pårørenderollen endret fordi idealet er at den syke skal betraktes som et autonomt individ inkludert i "normalsamfunnet" i samspill med familien (Schock & Gavazzi 2005). Den syke skal i størst mulig grad bruke sine ressurser som en likeverdig borger og motta omsorg og behandling på et lavest mulig effektivt omsorgsnivå¹². Idealet om at behandlingen først og fremst skal skje i lokalsamfunnet, har opprinnelse i en radikal bevegelse innen psykiatrien i USA på 1960-tallet. Etter at

¹¹ Forrykket= rykket bort fra normaltilstanden.

¹² I Norge kommer tenkningen til uttrykk i NOU-rapport 1982:10 hvor det redegjøres for LEON-prinsippet, det vil si prinsippet om Lavest Effektive OmsorgsNivå i helsetjenesten.

denne behandlingstanken vant frem innen psykiatrien i Norge utover på 1980-tallet, er antall døgninstitusjonsplasser vesentlig redusert (Høyer 2002: kap 3). For pårørende kan det bety at de i dag er pålagt et større omsorgsansvar enn for tjue til tretti år siden.

Pårørendes rolle har også endret seg i pakt med rådende hypoteser om årsak til alvorlig psykisk lidelse. Grovt sett kan vi si at endringen har gått fra å se på familien som offer, via å se dem som medskyldig til utvikling av psykose, til å se familien som både medskyldig og offer. Fra psykiatriens barndom til langt ut i det 20de århundre, ble alvorlig psykisk sykdom hovedsakelig sett på som genetisk betinget og familien et offer for en uforskyldt skjebne. Etter hvert som miljømessige årsaker til sykdom ble vurdert, var det nærliggende å se familien som medskyldig til sykdomstilstanden. Særlig ble mors rolle satt under lupen for å avdekke om hennes forhold til barnet kunne karakteriseres som sykdomsfremmende. I noen sammenhenger ble kontakten mellom den syke og familien brutt for å unngå dennes negative påvirkning. I dag sidestilles arv og miljø slik at *en* faktor ikke har forrang eller dominans fremfor en annen (Östman 2005b: kap 10, Schock & Gavazzi 2005).

For å gi pårørende hjelp til å møte den syke på best mulig måte, har forskere innen psykiatrien i løpet av de siste ti til tjue årene søkt å kartlegge pårørendes såkalte omsorgsbyrder og mestringsstrategier. Disse undersøkelsene skjer hovedsaklig etter standardisert operasjonalisering. I stor grad er det snakk om forhold knyttet til diagnosen schizofreni (Schock & Gavazzi 2005). De fleste av informantene i mitt prosjekt er pårørende til mennesker med diagnosen schizofreni. Denne lidelsen er behandlingsmessig ressurskrevende og kanskje den samlede diagnosen som koster samfunnet mest (Rishovd Rund 2005).

Omsorgsbelastning eller omsorgsbyrde (burden of care) og mestringsstrategier kartlegges blant annet ved å måle det såkalte følelsesklimaet i familien (Statens helsetilsyns 2002). Til grunn ligger ”stress-sårbarhets-teorien” som ser på stress i relasjoner som betydning både for utvikling av psykisk sykdom hos mennesker som er arvelig disponert for sykdom og for muligheten for rehabilitering. Teorien sier at sårbare barn og ungdom kan bli syke av å bli møtt med en kritisk eller avvisende innstilling fra foreldrene. Uforutsigbarhet og inkonsekvens i oppdragerrollen kan være likeså uheldig som det å være *for* følelsesmessig engasjert i barnets ve og vel (Schock

& Gavazzi 2005). En slik form for oppdragelse kan imidlertid ikke betegnes som *omsorg*. Det er her snakk om utarting av omsorg ved enten rendyrket paternalisme og eller sentimentalitet (Martinsen 1996).

Boye et. al. (1998) finner også at en følelsesmessig overinvolvering fra pårørende ikke tjener til selvstendiggjøring av den syke. Samtidig medfører det mer stress for den pårørende enn det å holde en viss avstand. Videre ses en problemløsende strategi fra den pårørendes side som mer formålstjenlig enn det å være for mye styrt av følelser. En problemløsende strategi er mer mål-middelrettet på det praktisk-konkrete planet. For å utdype mestringsstrategiene settes det også et skille mellom objektive og subjektive belastninger eller stressfaktorer. De objektive byrder ligger helst på det praktiske planet, de subjektive på det følelsesmessige planet (Sandlund 2005, Schock & Gavazzi 2005).

Studier av pårørendes omsorgsbyrde og mestringsstrategi er i stor grad enten basert på å beskrive deres atferd i møte med den syke, eller basert på spørreskjema hvor mestringsstrategier og omsorgsbelastning er operasjonalisert. Når kartleggingen skjer ved et gitt tidspunkt i den enkelte pårørendes liv, kan bildet bli unyansert fordi omsorgsbelastning, og derved mestringsstrategier, forandrer seg over tid i prakt med endringer i den sykes symptomkompleks (Milliken & Northcott 2003).

En annen utfordring ved målrettet kvantitativ forskning er at problemområder og operasjonalisering er bestemt av det forskeren forestiller seg som viktig. Ikke uventet viser en oversiktstudie utført ved Reine, Lancon, Simeoni, Dupan & Auquier (2003) at resultatene av slike undersøkelser kan være både sprikende og varierende. Majoriteten av de tretti forskjellige instrumentene, som var brukt i de studiene som inngikk i undersøkelsen til Reine et. al., måler objektive omsorgsbyrder ved avvikende adferd. Få måler subjektive bekymringer. Pårørendes eksistensielle smerte er ikke gjenstand for oppmerksomhet i disse studiene.

Östman (2005a) bekrefter også at forhold knyttet til pårørendes eksistensielle smerte stort sett faller utenfor denne type forskning. Slik får behandlerne et lite nyansert bilde av pårørendes situasjon. På den annen side mener jeg at et ensidig fokus på pårørendes smerte kan sette dem i offerrollen. Et offerstempel er til hinder for en

likeverdig dialog. Når det gjelder pårørendes mulighet til likeverdig dialog, er det mer uheldig at forskerne i svært liten grad spør etter deres styrke som omsorgsgiver og eventuelle positive sider ved ansvaret (Schock & Gavazzi 2005, Östman 2005a).

Går vi fra forskningslaboratoriet ut i den praktiske hverdag, har helsearbeiderens syn på familien ikke endret seg i pakt med endringer i pårørendes rolle i psykiatrien. Omsorgskulturen i asylet, som fratok pårørende ansvar, kombinert med teorien om den patogene familien som skulle ekskluderes, er i stor grad fortsatt rådende i psykiatrien. Klaus Bøchmann (1998) finner at personalet ved sju forskjellige psykiatriske sykehus i Norge vurderer familiepatologi som den viktigste årsak til utvikling av schizofreni. En rekke internasjonale studier viser det samme (Östman 2005a).

En fokusgruppeundersøkelse i USA blant 73 profesjonelle helsearbeidere, viser at informantene mener at de eier problemet og har ansvar for å finne løsningen. Helsepersonell ser enten på pårørende som ”patogene” kranglefanter, eller som medofre og utslitte omsorgsbærere. Hva enten den pårørende ble betraktet som kranglefanter eller som medofre, mente helsearbeiderne at familien ikke kan hjelpe den syke uten gjennom skolering fra helsevesenet i forhold til diagnose og behandling. Likevel prioriteres ikke denne form for opplæring. Informantene var i svært liten grad oppmerksom på at pårørende kan være sterke og at de kunne ha noe å bidra med utfra sitt kjennskap til den syke (Riebschleger 2001). Resultatet av disse holdningene er internasjonalt bredt beskrevet. Pårørende kjenner seg fortsatt som underdanige eller som ”hår i suppen” i møte med behandlingsapparatet (Östman 2005a, Milliken & Northcott 2003).

Pårørendes byrde og ansvar i et innenfra-perspektiv

I et bottom-up-perspektiv er det mulig å avdekke andre sider ved pårørenderollen. Sverdrup, Kristoffersen & Myrvold (2005), som har intervjuet pårørende og pasienter i to byer og to landkommuner nord og syd i Norge, konkluderer med at pårørende er selve ryggraden i systemet når den syke er i sitt nettverk. Likevel opplever de seg som ikke-eksisterende i behandlingssammenheng. Spesielt er de forundret og frustrert over at behandlerne ikke etterspør deres erfaringer og kunnskap om den syke. Det siste

bekreftes av en rekke tidligere studier (Mevik 1998, Viljugrein 1998: kap 4, Olsen 2002, Holte et. al. 2003, Muhlbauer 2003, Milliken & Northcott 2003).

Det er kun familien i mønsterfortellingen i min empiri som berømmer helsevesenet for å ta dem med på råd og gi dem støtte. Vi kan fornemme en viss stolthet i setningen: *Vi heime fikk ros og takk for den fine, rolige måten vi hadde opptrådt på.* En annen pårørende fikk en motsatt erfaring som bidro til et lite godt klima for dialog: *Han (legen) ytret ikke et ord til trøst, og viste ingen forståelse for den vonde situasjonen jeg befant meg i [...] Klarer ikke den dag i dag å se den legen uten å føle avsky.* Den som skrev dette hadde nettopp opplevd en meget traumatisk pågripelse av sønnen hvor det ble behov for fysisk maktbruk. Selv når en tvangsinnleggelse foregår i mer rolige former, opplever pårørende et vedvarende stressnivå som kan sidestilles med det som inntreffer ved livstruende sykdom (Boye og Malt 2002). I slike situasjoner trenger pårørende støtte og omsorg fra helsevesenet.

I debutfasen av sykdommen er problemet at familien kjemper alene med sine problemer. De forstår ikke at det er snakk om sykdom og at de trenger hjelp og støtte. Fordi psykisk sykdom kan gi seg utslag i mange paradokser og hyppige scenskifter, venter familien gjerne at "det hele skal gå over". De strever derfor i lang tid alene med sine problemer. Når de så søker hjelp, kan det være at de ikke har presise ord som betegner hva det er som er galt fatt. Møller og Husby (2003) finner nettopp at pårørende i debutfasen av sykdommen mangler ord og begreper som kan beskrive de endringene som skjer hos den syke. I tillegg er det et misforhold mellom de mest sentrale endringene som skjer i startfasen av sykdommen, og de symptomene behandlerne setter som diagnosekriterier. Hvis behandlerne holder seg strikt til sine kriterier, kan pårørende bli avvist når de vil formidle sin sak. Dyrebar tid går tapt.

Hvis den pårørende ikke har kunnskap om diagnoser og fagtermer, er det ikke lett. I behandlingssystemet råder det logisk-formelle språket preget av årsak-virkningstenkning i presise deskriptive former. Pårørende forteller frem sitt budskap i dagligspråket som er mer preget av beskrivende og normative uttrykk. Når en mor søkte hjelp for sin unge sønn, som hun beskriver: "...*langsomt går til grunne*", ble hun av psykologen stemplet som et "*hysterisk kvinnfolk*". Hvis pårørende opplever at

de ikke blir møtt med respekt, er det ikke lett å føre sin sak videre. Språket kan bli famlende og budskapet i verste fall motstridende.

Til tross for pårørendes utfordringer med den syke og de hindringer de møter i behandlingssystemet, beskriver mine informanter seg som utholdende omsorgsgivere. En av dem skrev at det var ansvaret som krevde henne: *Men når ingen andre tilbud finnes – hva gjør fortvilte pårørende for å redde en sønn som ødelegger livet sitt.* Andre skrev at ansvaret gir dem styrke til utholdenhet: *Vi må derfor fortsette som hittil og gjøre så godt vi kan for vår sønn, selv om det tapper oss for krefter, og vår livskvalitet orker jeg ikke engang snakke om.* En familie fikk også til slutt anerkjennelse fra helsevernet: *Og min sønns psykiater har sagt til oss, min mor og meg. "Hadde det ikke vært for deres innsats, ville han ikke ha levd i dag".* For moren endte det med uføretrygd fordi hun ikke kunne skjøtte sitt arbeide i tillegg til å kjempe for sin sønn. Sønnen fikk imidlertid etter hvert et godt liv til tross for sykdommen.

En intervjuundersøkelse foretatt av Sosialstyrelsen i Sverige konkluderer med at pårørendes omsorgsansvar er det viktigste bidrag til tilfriskning. Undersøkelsen var basert på åpne spørsmål til pårørende og pasienter som var erklært friske. Pårørende mente at deres bidrag bare handlet om å ta et selvfølgelig ansvar for den de var glad i. De tidligere pasientene sa at det viktigste for dem var tilhørighet og at de nærmeste ikke sviktet, men ga dem uforbeholden støtte på det sosiale, det praktiske og ikke minst på det følelsesmessige planet (Almberg 2002).

Mot et paradigmeskifte i helsevernets syn på pårønderollen

I en oversiktstudie finner C. K. Hunt (2003) at forskningsfokus de par siste årene i noen grad har endret seg fra negative til positive sider ved pårørendes omsorgsansvar. I forhold til pårørendes mestringsstrategier viser en bredt anlagt kvalitativ intervjuundersøkelse i Canada, at følelsesmessig involvering kan være positivt i møte med psykisk syke. Undersøkelsen fulgte mødre og deres unge sønner med diagnosen schizofreni gjennom en periode på ni måneder. Det viste seg at mødrenes mestringsstrategier, som det å være kritisk eller det å uttrykke sterke følelser i relasjon til den syke, hadde liten innvirkning på endringer i symptomkomplekset. Derimot var det slik at der mor over tid viste en høy grad av følelsesmessig involvering, førte det til at den sykes fiendtlige innstilling avtok i stor grad (King 2000).

I artikkelen ”The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002” viser Jude U. Ohaeri (2003) at et høyt følelsesnivå i familien kan indikere at pårørende involverer seg og tar ansvar både for den syke og for eget liv. I og med at Ohaeri baserer sin artikkel på studier som er operasjonalisert ved begrepet ”expressed emotion”, vil jeg tro at det like godt kan handle om at pårørende i disse studier fremviser et høyt følelsesmessig *engasjement*. En intervjuundersøkelse ved David A. Karp (2003) konkluderer også med at den pårørende fremfor alt vil fremstå som et moralsk og omsorgsfullt menneske. I utfordringene mellom det å gi den syke omsorg og å beskytte seg selv, velger den pårørende å lytte til sin samvittighet. Følelsene har forrang fremfor fornuften eller gode råd fra utenforstående, inklusive behandlingsapparatet.

Hunt (2003) sin oversiktstudie viser også at pårørende kan beskrive seg som tilpasningsdyktige, at de er i stand til å strekke seg langt og at de drar nytte av det de lærer av utfordringene. De føler glede og tilfredshet over å kunne gi den syke omsorg, og får styrke ved å finne mening i en vanskelig hverdag. Hunt konkluderer blant annet med at tilnærmingen til omsorgsrollen må bli mer fleksibel og mangfoldig. Her kan omsorgsforskningen ha mye å bidra med. Den norske sykepleiefilosofen Kari Martinsen hevder blant annet at omsorg er uløselig knyttet til det å engasjere seg og involvere seg i den andre sin situasjon. Hun sier at en hver omsorgshandling er basert på skjønn, først ved det som skjer i det sansende møtet med den andre, og deretter i overveielser mellom rett og galt ut fra relasjonen og eventuelle regler for handlingen (Martinsen 1996: side 86 – 87).

Ohaeri (2003) følger opp Hunts anmodning om en mer fleksibel tilnærming til omsorgsrollen i psykiatrien, og derved også Martinsens forståelse av omsorgsbegrepet, ved å påpeke at fokus på omsorgsbyrde (*burden of care*), bør endres til fokus på det å gi omsorg (*caregiving*). Hun finner at når operasjonaliseringene måler den pårørendes holdninger og kunnskap, fremkommer langt mer positive resultater enn når operasjonaliseringen måler omsorgsbyrde. Selvsagt er den pårørendes styrke og svakhet som omsorgsgiver relatert til sykdommens uttrykk. Adekvat behandling er svært viktig for å redusere familienes byrder. Ohaeri konkluderer med at det er nødvendig med et paradigmeskifte i den profesjonelles

forståelse av pårørende og deres rolle. Helsevesenet må legge til rette for å støtte opp omkring den pårørendes styrke med respekt for de omsorgsgiverne som tar ansvar i relasjon til den syke. Det første skritt på veien mot et likeverdig samarbeid ligger i først å erkjenne og deretter lete etter den pårørendes styrke. Perspektivet må endres fra *omsorgsbyrde* til *omsorgsstyrke*.

Et spissformulert perspektiv

Behandlerne kartlegger den pårørendes omsorgsbyrde, mens pårørende sier at de først og fremst tar omsorgsansvar. Omsorgsbyrden blir imidlertid for tung hvis helsevesenet ikke deler ansvaret. På samme måte som helsearbeideren kan se pårørende som sørgende og lidende, sier pårørende at deres situasjon preges av eksistensiell smerte og en livslang sorg. Denne sorgen har de til felles med pårørende i samme situasjon på tvers av kultur og etnisk tilhørighet (Jenkins & Scumacher 1999). Atkinson (1994) påviser at pårørendes sorg ved alvorlig psykisk sykdom er mer smertefull og kronisk enn den som oppleves ved voksne barns død. Det er fordi de får stadig nye sår som de ikke har tid eller rom til å bearbeide. Ohari (2003) fant at den eneste fellesnevneren for pårørende i hennes oversiktstudie var frustrasjon i møte med hjelpeapparatet, systemverden og lovverket. Slik forsterkes sorgen og smerten.

Behandlerne mener at psykisk sykdom kan forårsakes av et uheldig følelsesklima i familien. Pårørende medgir at det medfører store følelsesmessige belastninger når den de er glad i har en alvorlig psykisk sykdom. Behandlerne mener at en følelsesmessig overinvolvering ikke er av det beste. Pårørende lar først og fremst samvittigheten og følelsene bestemme fordi de bryr seg om den syke. Deres evne til mestring ligger først og fremst i en personlig kompetanse, den følger ikke regelverket. Det å gi følelsesmessig støtte og omsorg til den syke er meningsfullt. Dessuten viser Almberg (2002) at den syke blir friskere ved slike omsorgsrelasjoner.

Samtidig forteller pårørende i mitt prosjekt at de opplever ambivalens når de står overfor det å frata den syke sin selvbestemmelse. De møter da et helsevern som stenger dem ute og ikke lytter til dem. I verste fall blir pårørende utsatt for noen av de handlingsmønstre som behandlerne forfekter som årsak til psykisk sykdom. Det er handling som er preget av inkonsekvens, avvising, mistenksomhet og kritisk

innstilling. Når det gjelder følelsesklimaet i familien, kan det bli meget høyt hvis helsevesenet avviser dem når de ber om hjelp.

Pårørende i mitt prosjekt kjente seg rammet og stigmatisert når politiet ble brukt uten grunn. De ser seg likevel som stolte omsorgsgivere som er tilpasningsdyktige, sterke og utholdende. Behandlerne mener at pårørende må få tilbud om opplæring i sykdom, behandling og prognose for å kunne være en ressurs for den syke (og kanskje derved også for helsevesenet). Pårørende etterspør dette tilbudet. Det finnes ikke et slikt systematisk tilbud i dag.

Behandlerne mener blant annet at opplæringen skal gi familien hjelp til mestring ved å forholde seg oppgavefokuset, rasjonelt og holde en viss avstand til den syke. Den pårørende mestrer ved å være nær og ved å formidle sine fortellinger om den syke. Når helsearbeideren ikke etterspør pårørendes fortellinger, bemyndiger de dem ikke til samarbeid.

Motsetningsforholdet som jeg her har skissert kan provosere både helsearbeideren og den pårørende. "Sannheten" er likeså mangfoldig som de menneskene som inngår i relasjonene. Den enkelte helsearbeideren kan ha erfaringer med at pårørende kan være sterke, ansvarlige og omsorgsfulle og utfra det bemyndige dem til samarbeid til det beste for den syke. Andre pårørende kan i utgangspunktet være såkalt ressursvake, og mange har erfart at omsorgsansvaret i seg selv blir for stort slik at de fraskriver seg alt ansvar. Likevel er det slik at det motsetningsforholdet jeg her har spissformulert, gjenfinnes i studier på tvers av landegrenser, kultur og etnisk tilhørighet.

Til slutt vil jeg hevde at unødvendig polititvang også kan bunne i at helsearbeiderne fraskriver seg ansvar fordi de vegrer seg for å gi rom til smerten i møte med alvorlig psykisk sykdom. Det kan også være at de vil styre unna det strevsomme arbeidet de må ta på seg med "normalisering" av den syke. Helsearbeideren har imidlertid ansvar og fagkompetanse som ansatt i en såkalt "helsebedrift". Pårørende tar det ansvaret som livet har gitt dem. Hvis helsearbeideren ikke evner å gi den pårørende støtte, kan det være fordi de ikke våger å dele deres smerte. Omsorg handler om å bry seg om og handler om evne til å romme den andres smerte. Diskursen i prosjektet viser at

politietaten kanskje innehar denne evnen i langt større grad enn det psykiske helsevernet.

.

Avslutning

Gjennom prosjektet har pårørende fortalt om hjelpeløshet og ambivalens fordi de kommer til kort i omsorgen for den syke. Majoriteten av informantene forteller at politiassistert tvang er en konsekvens av at de ikke får hjelp til den syke i tide. Spesielt fordi politiet i stor grad anvender uniform, er erfaringene med politiassistert tvang krenkende og stigmatiserende. Et felles trekk er smerten. Det er smertefullt å være vitne til at den syke blir avhentet av politi, og denne smerten forsterkes av redselen for at situasjonen skal bli enda vanskeligere.

Smerten oppleves som verdig når den pårørende aksepterer at politiassistert tvang er nødvendig, omstendighetene tatt i betraktning. Som motstykke gir hovedtyngden av informantene uttrykk for unødvendig og uverdig smerte. Følgen er skyldfølelse, avmakt og også skamfølelse. Graden av smerte henger sammen med hvordan politiet opptrer i møte med den syke.

Når den pårørende trenger omsorg for sin egen del, er det først og fremst politiet som trøster dem og møter dem som medmennesker. Selv om medmenneskelighet fra helsevesenet kommer til uttrykk, er den i alt vesentlig fraværende.

Prosjektet lar ikke helsearbeideren komme til orde. Det kunne nyansert bildet. Det ser ut som om omsorgen er bristende på systemnivå og at psykiatrien domineres av en kultur som kan være til skade i behandlingssammenheng. På den andre siden består systemene av mennesker som kan endre praksis.

Mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende lever med store utfordringer. Vi må spørre om vi kan forsvare at terskelen for helsehjelp er mye høyere for mennesker med psykisk sykdom, enn for mennesker med somatiske sykdommer. Prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), fører til at mange eldre pleietrengende er i samme situasjon som psykiatriske pasienter. Dessverre er et forsvarlig helsetilbud i dag i stor grad avhengig av påtrykk fra pressgrupper. Pårørende i psykiatrien er en stor gruppe, men har få talsmenn.

I dag ser vi en dramatisk økning i behov for hjelp til barn og ungdom, spesielt med problemer i forhold til rus og psykiatri. Jeg håper at dette prosjektet kan bidra til at pårørende som i fremtiden må søke hjelp til den de er glad i, blir møtt som ansvarlige samarbeidspartnere til beste for alle parter.

Referanser

- Almberg, B. (2002). *Finns kvar og stiller opp*. Hur anhöriga kan bidra till återhämtning från allvarlig psykisk störning, ur de återhämtades och de anhörigas perspektiv. Sverige: Socialstyrelsen: Anhørig * 300.
- Alvsvåg, H. & Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen – Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Atkinson, S. D. (1994). Grieving and loss in parents with a schizophrenic child. *American Journal of Psychiatry*. Vol 151: 1137-1139.
- Björkman, T. (2005). Stigma. I samleverket D. Brund & L. Hansson (red): *Att leva med psykiska funktionshinder* (Kap. 3). Sverige: Studentlitteratur 2005.
- Bjørngaard, J.H. & Hatling, T. (2003). *Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i 2001 – 2002*. SINTEF Helsetjenesteforskning.
- Boye, B. Munkvold, O. G., Bentsen, H., Notland, T. H., Lersbryggen, A. B., Oskarsson, K. H., Uren, G., Ulstein, I., Lingjærde, O., Malt, U. F. (1998). Pattern of emotional overinvolvement in relatives of patients with schizophrenia: A stress syndrome analogue? *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol 52(6): 493-499.
- Boye, B., Bentsen, H. & Malt, U. F. (2002). Does guilt proneness predict acute and long-term distress in relatives of patients with schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol 106(5): 351-357.
- Boye, B. & Malt, U. F. (2002). Stress response symptoms in relatives of acutely admitted psychotic patients: A pilot Study. *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol56: 4 .
- Bøckmann, K. (1998). *Attitudes of Ward Staff Toward Families of Patients Suffering From Schizophrenia*. Hovedoppgave. Tromsø: Psykologisk Institutt.
- Crisanti, A. S. (2000). Experiences with involuntary hospitalization: a qualitative study of mothers of adult children with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. Volume 45: 79 - 81.
- Ekeberg, Ø. (2003). Tvangstiltak i norsk psykiatri. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. Volum 123(7): 916
- Friis, S. (2001). Hva skal til for å redusere antall tvangsinnleggelser? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. Volum 121: 3365.

-
- Friis, S., Gjelstad, K., Løvdahl, H., Ruud T. & (2003). Tvangsinnleggelser til psykiatrisk observasjon – blir de opphevet dagen etter? *Tidsskrift for den Norsk Lægeforening*. Volum 123 (7): 917-20
- Føyn, P. A & Mathisen J. R. (2002) *Gjennombruddsprosjektet psykiatri: Bruk av tvang*. Den norske lægeforening: Skriftserien for leger: utdanning og kvalitetssikring. www.legeforening.no/index.db2?id=10226.
- Hegnar, Ulik (2006). I intervju i forhold til kontrollkomisjonens arbeide i tidsskriftet *Psykisk Helse* (2006:1: side 9).
- Holte, A., Egemark, L. & Alfstadsæther, B. (2003): *Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring*. Psykologisk institutt, UiO, BUP Porsgrunn, DPS Toten. Ikke publisert prosjektrapport.
- Hunt, C. K. (2003). Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*. Volum 35: 27 – 33.
- Høyer, G. (2000). On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum. Volum 399: 65 – 71.
- Høyer, G. & Dalgard, O. S. (2002). *Lærebok i rettspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høyer G., Kjellin L., Engberg M., Kaltiala-Heino R., Nilstun T., Sigurjonsdottir M. & Syse A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law & Psychiatry*. Volum 25(2): 93-108.
- Høyer, G. (2005). Intervju i tidsskriftet *Psykisk helse* nr 2
- Iversen, I., Høyer, G. Sexton, H., Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*. Volum 56(6): 433 – 439.
- Jenkins, J. H., & Scumacher, J. G. (1999). Family burden of schizophrenia and depressive illness. *British Journal of Psychiatry*. Volum 174, 31-38.
- Karp, D. (2003). The burden of sympathy: How families cope with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Volum 35 (2): 253 – 254.
- Kemp, P. (1999). *Tid og fortælling – Introduksjon til Paul Ricoeur*. 3. utgave. Danmark, Aarhus: Aarhus Universitetsforlag. Socialanalytik.
- King, S. (2000). Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophrenia Research*. Volum 45(1-2): 65-78.

Levine, I. S. & Ligenza, L. R. (2002). In their own voices: Families in crisis. A focou group study of persons with serious mental illness. *Journal of Psychiatric practice*. Vol 8(6): 344 – 353.

Lorem, G. F. (2005). *Withdrawal and exclusion – a study of the spoken word as means of understanding schizophrenic patients*. Institutt for Samfunnsmedisin (ISM) skriftserie nr 77 – 2005. Universitetet i Tromsø.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven).

Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven).

Lov om politiet (Politiloven).

Mallinson, R.L. & Walton-Moss B. (2003). A grounded theory of families responding to mental illness. Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, MD, USA. *Evidens Based Nursing* Volum 6(2): 61.

van Manen, M. (1997). *Researching Lived Experience*. 2. utgave. New York: State University of N.Y. Press.

Marneros, A. & Andreasen, N. C. (1992). Positive and negative symptomatology in schizophrenia. *Peer Reviewed Journal Nervenarzt*. Volum 63(5): 262-270.

Marshall, T. & Solomon, P. (2003). Professionals' responsibilities in releasing information to families of adults with mental illness. *Psychiatric Service*. Volum 65(12): 1622 – 1628.

Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg – tre dialoger*, Oslo: Tano Aschehoug.

Mevik, K. (1998). *Møte med galskap*. Oslo: Tano Aschehoug

Milliken P. J. & Northcott H. C. (2003): Redefining parental identity: caregiving and schizophrenia. *Qualitative Health Research*. Volum 13 (1):100–113.

Morlandstø, L. (2003). Intervju i forhold til egen doktoravhandling i tidsskriftet *Psykisk Helse* (2003: 6: side 6).

Muhlbauer, S. A. (2003). Navigating the storm of mental illness: phases in the family's Caregivers experienced 6 phases in coping over time with severe and persistent mental illness in a family member journey. *Evidence-Based Nursing*. 6:94.

Møller, P. & Husby, R. (2003). Det initiale prodrom ved schizofreni – kjernedimensjoner av opplevelse og adferd. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. Volum 123(17): 2425 – 2429.

Olsen, R.L. Nilsdotter (2002): *Til sykehus med politi*. Hovedfagsoppgave i kriminologi ved Inst. for Kriminologi og rettssosiologi, Universitetet i Oslo.

Ohaeri, J. U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry*. 16(4): 457-465.

Reine, G., Lancon, C., Simeoni, MC., Dupan, S., Auquier, P. (2003). La charge des aidants naturels de patients schizophréniques: revue critique des instruments d'évaluation. *Encephale*. Masson, France. Volum 29(2) : 137 – 147.

Riebschleger, J. (2001). Mental health professionals' social constructions of families of people with serious mental illness. *Dissertation Abstracts International: Selection B: The Sciences & Engineering*. Volum 62 (1 – B): 156.

Ricoeur, P. (1970). Hva er en tekst. Hos H. Ystad. (1999: 137 – 169); *Paul Ricoeur - Eksistens og hermeneutikk*. Oslo: Forlaget av H. Aschehoug & Co. I samarbeid med Thorleif Dahls kulturbibliotek og Det norske akademi for språk og litteratur.

Ricoeur, P. (1984). Tale og skrift. Indlæg fra Filosofisk Grundtvig-kongres afholdt på Københavns Universitet 9. – 10. september 1983. Kemp, Peter. (1984); *Sprog. Tale og Skrift*. Århus: Forlaget AROS.

Riessman, C. Kohler (1993). *Narrative analysis*. California; SAGE Publications Inc.

Rishovd Rund (2005). Intervju i Dagens Medisin av 24.11.05.

Sandlund, M. (2005). Vad är psykiskt funktionshinder. I samleverket D. Brunt & L. Hannon: "At leva med psykiska funktionshinder" – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Sverige, Lund: Studentlitteratur.

Schock, A. M. & Gavazzi, S. M. (2005): Mental Illness and Families. I samleverket C. Patrick, S. McKenry & J. Price: *Families and Change : coping with stressful events and transitions*. Sage Publications.

Sosial- og Helsedirektoratet (2004). Rundskriv IS-17/2004. Oslo.

Sosial- og Helsedirektoratet (2005). *Forslag til handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang*. Oslo.

Statens helsetilsyn (2002). *Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Statens helsetilsyns utredningsserie, 9-2000: s 24.

Steen, T. (2005). *Asylet – Gaustad Sykehus 150 år*. Oslo: Aschehoug & Co.

Sverdrup, S. og Bratt, Ch. (2003) *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser*. NIBR rapport 2003:5.

Sverdrup, S, Kristoffersen, L. B & Myrvold, T. M. (2005). *Brukermedvirking og psykisk helse*. NIBR rapport 2005:6.

Viljugrein, T. (1998): *Pårørende til psykisk syke*. Hovedfagsoppgave i kriminologi. Institutt for kriminologi, UiO

Ystad, H. (1999) Etterord i *Paul Ricoeur - Eksistens og hermeneutikk*. Oslo: Forlaget av H. Aschehoug & Co. I samarbeid med Thorleif Dahls kulturbibliotek og Det norske akademi for sprog og litteratur.

Östman, M. (2005a). Familjens situasjon. I samleverket D. Bunt & L. Hansson: *Att leva med psykiska funktionshinder*. Sverige: Studentlitteratur 2005.

Östman, M. (2005b). Behandlingsmodeller där familjen integreras. I samleverket D. Brund. & L. Hansson: *Att leva med psykiska funktionshinder*. Sverige: Studentlitteratur 2005.

Vedlegg

- 1 a Første informasjonsbrev
- 1 b Anmodning om deltakelse
- 2 Andre informasjonsbrev
- 3 Tredje informasjonsbrev
- 4: Bekreftelse fra Regional Etisk Komité , Vest
- 5: Bekreftelse fra NSD
- 6: Temasetningene
- 7: Illustrasjon på analysen

Vedlegg

- 1 a Første informasjonsbrev
- 1 b Anmodning om deltakelse
- 2 Andre informasjonsbrev
- 3 Tredje informasjonsbrev
- 4: Bekreftelse fra Regional Etisk Komité , Vest
- 5: Bekreftelse fra NSD
- 6: Temasetningene
- 7: Illustrasjon på analysen

Bergen den 9. juni 2004

Breiviken 8, 5042

Til deg som pårørende innen psykiatrien

Jeg er selv pårørende til en sønn med psykisk sykdom, medlem i Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP) og styremedlem i foreningen lokalt i Bergen og sentralt i Oslo. Det jeg er spesielt opptatt av er bruk av tvang, og forholdene rundt tvangsbruk i psykiatrien.

I den forbindelse skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt som tar for seg pårøndererfaringer ved **politiassistert tvangsinnleggelse**, ved å innhente skriftlige fortellinger. Hvis du sitter med slike erfaringer, ber jeg deg om å lese vedlagte skriv for å ta stilling til om du ønsker å delta i prosjektet. Din deltakelse er selvsagt frivillig. Se videre informasjon i vedlegg.

Dette brevet blir sendt via sekretariatet i LPP utfra navnelisten for deltakerne på kursene "Hør jeg har noe å fortelle", ledet av Liv Marie Austrem. Fremgangsmåten for innhenting av informasjon er valgt av følgende grunner: Jeg har en antagelse om at de som deltok på kurset, har et ønske om å fortelle om sine erfaringer skriftlig. Samtidig er det å sende ut brev til et begrenset antall personer (her ca 60 deltakere) ikke så kostnadskrevende som til et større utvalg.

Jeg understreker at jeg selv ikke har tilgang til deltakerlisten og vet derved ikke hvem brevet sendes til. Som du vil se av vedlagte skriv, ønsker jeg at svar sendes anonymt i vedlagte frankerte konvolutt. Begge disse forhold skal ivareta at alle bidrag forblir fullstendig anonyme.

Vennlig hilsen

Karen Louise Pedersen

Vedlagt anmodning om deltakelse i prosjektet

Til pårørende som har erfaringer fra politiassistert tvangsinnleggelse

Undertegnede skal gjennomføre et forskningsprosjekt om pårøndererfaringer fra politiassistert tvangsinnleggelse. I den forbindelse vil jeg innhente fortellinger fra pårørende som selv har vært tilstede i disse situasjonene. Jeg er medlem av LPP. Ellers er jeg sykepleier og tilsatt som høyskolelektor ved Diakonissehjemmets Høgskole i Bergen.

Jeg har selv flere erfaringer fra politiassistert tvangsinnleggelse av min egen sønn. Dette har motivert meg til å finne mer ut omkring hvordan andre pårørende erfarer og opplever slike situasjoner. Hvis du har slike erfaringer, vil jeg ønske at du tok deg tid til å skrive ned din historie om politiassistert tvangsinnleggelse. Poenget er å få frem hvordan situasjon oppleves fra de pårørendes ståsted. Jeg understreker at din deltakelse er basert på frivillighet.

Min utfordring til deg er:

... at du skriftlig forteller hvordan du opplevde situasjonen når en av dine nærmeste ble avhentet av politiet for vurdering om tvangsinnleggelse. Jeg forestiller meg at det er mange forhold som knytter seg til opplevelsen. Du velger selv å skrive om det som er viktigst for deg å formidle. Fortellingen kan være kort eller lang, den kan ha preg av friskrivning eller en mer ordnet tekst. For ordens skyld gjør jeg oppmerksom på at du ikke må omtale noen av partene med navn.

Jeg ønsker at du sender meg fortellingen i vedlagte frankerte konvolutt, som er adressert til meg, innen 14 dager etter at du har lest denne informasjonen. Jeg ber deg om at du ikke setter navn på arkene eller på konvolutten. På denne måten forblir de innsendte fortellingene fullstendig anonyme.

Hensynet til anonymitet er valgt for at du skal kunne fortelle fritt om situasjonen slik du opplevde den, uten at du må forklare eller forsvare det du skriver. Jeg tar videre ansvar for å formidle de forhold du omtaler slik at andre ikke kan kjenne igjen personer eller situasjoner. Jeg understreker at hensynet til anonymitet ikke står i motsetningsforhold til et ønske om åpenhet i psykiateren. Prosjekter kan generelt sett bidra til større åpenhet om forhold omkring pårørende sin situasjon. Hvis nødvendig, kan det spesielt sett bidra til bedre forhold når det gjelder tvangsinnleggelse.

Jeg vet at det å se tilbake på vonde erfaringer kan være vanskelig. Hvis du i ettertid trenger å snakke fortrolig med en person, har Liv Marie Austrem sagt seg villig til at du kan kontakte henne på telefon 22 56 52 05.

Jeg sier på forhånd mange takk for ditt bidrag.

Til opplysning kan jeg nevne at prosjektet er klarert med Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste og etisk komité. Min veileder er førsteamanuensis og sykepleier Herdis Alvsvåg, Universitetet i Bergen, Psykologisk Instit.

Vennlig hilsen
Pedersen Karen Louise

Bergen den 23. juli 2004

Breiviken 8, 5042

Til deg som pårørende innen psykiatrien

Jeg er selv pårørende til en sønn med psykisk sykdom, medlem i Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP) og styremedlem i foreningen lokalt i Bergen og sentralt i Oslo. Det jeg er spesielt opptatt av er bruk av tvang, og forholdene rundt tvangsbruk i psykiatrien.

I den forbindelse skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt som tar for seg pårøndererfaringer ved **politiassistert tvangsinnleggelse**, ved å innhente skriftlige fortellinger. Hvis du sitter med slike erfaringer, ber jeg deg om å lese vedlagte skriv for å ta stilling til om du ønsker å delta i prosjektet. Din deltakelse er selvsagt frivillig. Se videre informasjon i vedlegg.

Dette brevet blir sendt via sekretariatet i LPP til noen tilfeldig valgte pårørende som deltok på konferansen "Tvang og frivillighet i psykisk helsevern" arrangert den 3. og 4. mai i år. Henvendelsen er mitt andre forsøk på å få tilstrekkelig antall skriftlige fortellinger. Min første henvendelse ble også sendt via sekretariatet i LPP, i juni måned i år, til deltakerlisten på kursene "Hør jeg har noe å fortelle", ledet av Liv Marie Austrem. Hvis du var en av dem som fikk min henvendelse da, håper jeg du unnskylder denne nye henvendelsen.

Fremgangsmåten for innhenting av informasjon er valgt av følgende grunner: Jeg har en antagelse om at noen av dere pårørende som deltok på konferansen kan ha egne erfaringer med tvang. Samtidig er det å sende ut brev til et begrenset antall personer (i den omgang ca 30) ikke så kostnadskrevende som til et større utvalg.

Jeg understreker at jeg selv ikke har tilgang til deltakerlisten og vet derved ikke hvem brevet sendes til. Som du vil se av vedlagte skriv, ønsker jeg at svar sendes anonymt i vedlagte frankerte konvolutt. Begge disse forhold skal ivareta at alle bidrag forblir **fullstendig anonyme**.

Vennlig hilsen

Karen Louise Pedersen

Vedlagt anmodning om deltakelse i prosjektet

Vedlegg 3

Bergen den 2. september 2004

Breiviken 8, 5042 Bergen

Til deg som pårørende innen psykiatrien

Jeg er medlem i Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP). Det jeg er spesielt opptatt av er bruk av tvang, og forholdene rundt tvangsbruk i psykiatrien.

I den forbindelse skal jeg gjennomføre et forskingsprosjekt som tar for seg pårørendeerfaringer ved **politiassistert tvangsinnleggelse**, ved å innhente skriftlige fortellinger. Hvis du sitter med slike erfaringer, ber jeg deg om å lese vedlagte skriv for å ta stilling til om du ønsker å delta i prosjektet. Din deltakelse er selvsagt frivillig. Se videre informasjon i vedlegg.

Jeg har tidligere, via LPP sentralt, sendt ut forespørsel til et tilfeldig utvalg av pårørende. Her har jeg fått noen svar, men mangler fortsatt en del fortellinger for å få flest mulige situasjonsbeskrivelser å arbeide med.

Dette brevet blir oversendt deg via din lokalforening i LPP. Som du vil se av vedlagte informasjon, ønsker jeg at ditt eventuelle svar sendes meg anonymt. Begge disse forhold skal ivareta at alle bidrag forblir **fullstendig anonyme**.

Vennlig hilsen

Karen Louise Pedersen

Vedlagt anmodning om deltakelse i prosjektet

Vedlegg 4

Reidar Hatland Pedersen

From: "Arne Kristian Salbu" Ame.Salbu@medfa.uib.no
To: "Karen Louise S. Pedersen" <klpeders@broadpark.no>
Sent: 2. mars 2004 14:53
Subject: RE: forespørsel om behov for vurdering av forskningsprosjekt

Til: Karen Louise S. Pedersen

Spørsmålet om fremleggingsplikt er drøftet med komiteens leder, professor Grethe S. Tell. Vi har kommet frem til at studien ikke er fremleggingspliktig.

Vennlig hilsen

Arne Salbu

Regional komitè for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge(REK Vest), Postadresse:
Postboks 7800, 5020 BERGEN

Besøksadresse: Harald Hårfagres gt 1, 5006 BERGEN Telefon: 55 58 20 84 (dir),
55 58 20 86 (eks) Telefaks: 55 58 96 82

E-post: rek-3@uib.no www.etikkoQn.no/REK

____Original Message-____

From: Karen Louise S. Pedersen [<mailto:klpeders@broadpark.no>] Sent: Monday,
March 01, 2004 10:12 PM

To: Arne Kristian Salbu; Rek-3@uib.no

Subject: forespørsel om behov for vurdering av forskningsprosjekt

To Arne Salbu

Jeg ønsker en uttalelse fra dere om følgende prosjekt er fremlegningspliktig ved REK.

Prosjektet skal formidle pårørende erfaringer i forhold til politiassistert tvangsinnleggelse. Det skal i første omgang være et FOU arbeide ved Diakonissehjemmets Høgskole hvor jeg er ansatt som høgskolelektor. Min veileder er førsteamanuensis Herdis Alvsvåg.

Prosjektprotokollen er ferdigstilt og arbeidstittel er "Når den pårørende pågripes som en forbryter ...". Pårørende erfaringer ved politiassistert tvangsinnleggelser.

Materialet skal være tekstuelle fortellinger fra min. 15 - maks. 30 pårørende som formidler sine erfaringer omkring situasjonene ved tvangsinnleggelse av en av sine nærmeste. Tekstene analyseres kvalitativ.

Informantene søkes fra deltakere på et landsomfattende skrivekurs (i alt sju kurs med sju til ti deltakere hver gang) for pårørende innen psykiatrien, gjennomført høsten 2003. Kursene ble ledet av forfatter Liv Marie Austrem og gjennomført i regi av Landsforeningen for Pårørende innen psykiatrien (LPP) med støtte fra Rådet for Psykisk Helse. Alle deltakerne på kurset er over 18 år og medlemmer LPP.

Forespørsel om deltakelse går ved brev (fra meg) som videresendes av Austrem til kursdeltakerne uti fra navneliste. Derved er det kun Austrem som vet navn på hvem

25.02.2005

brevene sendes til. Vedlagt brevet ligger et nytt brev fra meg til aktuelle informanter hvor jeg ber dem nedfelle og sende meg en fortelling om hvordan de opplevde situasjonen rundt politiassistert tvangsinnleggelse. I dette brevet gjør jeg oppmerksom på at fortellingene skal sendes til meg anonymt i vedlagte frankerte og adresserte konvolutt. Det gjøres også oppmerksom på at navn eller andre opplysninger som kan identifisere involverte parter ikke må forekomme.

Fremgangsmaten for å innhente informanter medfører at jeg ikke vet verken hvem som forespørselen sendes til, eller navn på dem som eventuelt sender meg sine tekster. Anonymiseringsprosedyren er valgt fordi dette er opplysninger som den pårørende i alminnelighet ikke ønsker å formidle til "hvermann". Jeg kan ikke be om informert samtykke, som medfører at de kan trekke seg etter å ha sendt sin fortelling, da det vil medføre at anonymiseringen opphører.

En annen sak er at informantene får tilbud om å kontakte Liv Marie Austrem, som de kjenner fra kurset og har tillitt til, hvis de får behov for noen å snakke med i ettertid. Hvis det skulle skje, vil Austrem i så fall få vite at disse er med i prosjektet.

I rapporten skal situasjonene anonymiseres slik at de ikke kan gjenkjennes av involverte parter.

Konklusjon:

Anonymiseringsprosedyren er meget streng. Opplysningene som formidles er sensitive for den det gjelder, men vil ikke, slik jeg ser det, kunne vise tilbake til opphavsmann verken av meg eller i forskningsrapporten.

Håper på svar om hvordan jeg skal forholde meg videre. På forhånd takk for hjelpen.

Vennlig hilsen

Karen Louise Pedersen cand. san. og høgskolelektor
Diakonissehjemmets Høgskole
e-post der: klp@bergendsh.no
Telefon arbeid 55 97 96 30/ 52
Privat 55 24 10 96

P.s. Hvis nødvendig, kan jeg selvsagt oversende de to brevene til aktuelle informanter. ds.

25.02.2005

Vedlegg 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Karen Louise Pedersen
Diakonissehjemmets høgskole
Ulriksdal 10
5009 BERGEN

Hans Holmboes gate 22
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47/ 55 58 21 17
Fax: +47/ 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
[Org.nr.](http://org.nr) 985 321 884

Var dato: 20.04.2004

V2r ref: 200400349.SM /RH

Deres dato:

Deres ref:

MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.03.2004. Meldingen gjelder prosjektet:

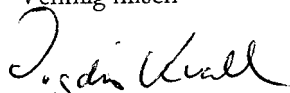
10896 *Når den syke pågripes som en forbryter. Pårørendes erfaringer ved politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon.*

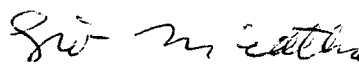
Meldingen er behandlet av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører behandling av personopplysninger i henhold til personopplysningsloven §§ 1 til 3, og følgelig ikke utøser meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Vedlagt følger vår vurdering. Prosjektet kan settes igang.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt.

Vennlig hilsen


Vigdis Kvalheim


Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf 55588334

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse

Avdelingskontorer / District Offices: 0510: fdSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Elindern, 0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11@nsd.uib.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47/73 59 19 07 kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36@nsd.maaqsv.uit.no

Vedlegg 6

Temasetningene som fremkommer ved den hermeneutisk fenomenologiske fortellingsanalysen.

1. EN UVERDIG KAMP I ET INGENMANNSLAND.
2. Å FINNE MENING OG TRØST I DET VONDE
3. Å FÅ HJELP AV SIVILT POLITI ER VERDIGHET
4. ET HÅP OM HJELP FRA HØYERE MAKTER
5. Å FÅ BEKREFTELSE PÅ SAMFUNNET UFORSTAND.
6. TVANG MOT USKYLD GJØR DET VONDE VERRE . UNIFORMERT TVANG GJØR DET VONDE TIL DET VERSTE.
7. NÅR PSYKIATRIEN ER ELENDIG OG PRESTESKAPET UFORSTANDIG, ER POLITIET IKKE Å FORAKTE.
8. NÅR POLITIET KOMMER, GÅR VERDEN I GRUS, MEN VED DERES HJELP BLIR LIVET IGJEN TIL Å HOLDE UT.
9. I AVMAKT Å BLI KRENKET AV PENGEMAKTEN SOM RÅDER I HELSEVESENET.
10. VED POLITIMAKT Å FÅ HJELP TIL AVSTAND FRA DET SYKELIGE OG DET VOLDELIGE
11. I YDMYKHET, RESIGNASJON OG TILLITT TIL ET KRENKENDE SYSTEM
12. DET HANDLER OM KRENKELSE OG ENDER I HAT
13. DET SOM I ØYEBLIKKET SYNES RETT Å GJØRE, FØRER MOT ÅRELANG SMERTE
14. POLITIET ER DE GODE MEDHJELPERE FORDI HELSESYSTEMET SVIKTER
15. DEN UNØDVENDIGE TVANG HANDLER OM UTFORSTAND OG KRENKELSE TIL UBOTELIG SKADE FOR DEN SYKE.
16. DEN FORNEDRENDE TVANG I LYS AV DEN GODE LISTIGE TVANG.
17. NÅR POLITIET ER DE GODE HJELPERE, ER SMERTEN HOS DEN SYKE ER DET VONDE
18. TRØSTEN FINNES HOS POLITIET, FORDI HELSEVESENET SÅ SKAMLØST SVIKTER DEN SOM STREVER.
19. NÅR POLITIET DEMONSTRERER MANGEL PÅ FOLKEVETT OG HELSEVERNET EKSPEDERER SEG BORT FRA SITT ANSVAR, MÅ DEN PÅRØRENDE TA SKJEEN I SIN EGEN HÅND.

-
20. NÅR HELSEVESENET SVIKTER DEN SYKE OG FAMILIEN, ER DET POLITIET SOM TAR ANSVAR FOR HELSEVERN.
21. NÅR DATTER ROPER OM HJELP, IKKE OM TVANG OG DOP, ER DET STIGMATISERENDE POLITIET MORS ENESTE TRØSTERE.
22. EN KRENKELSE AV INTEGRITET SOM KONSEKVENNS AV HELSEVESENET IKKE TAR ANSVAR .
23. NÅR SYSTEMET IKKE LYTTET TIL DEN SOM SER DET NØDVENDIGE BEHOV FOR HJELP, BLIR RESULTATET DEN TUNGE BØR AV STIGMATISERING OG TVANG.
24. NÅR VESENET FØRST IKKE HØRER OG SER OG DERETTER IKKE TAR ANSVAR FOR DET DE SÅ SER, MÅ MOR SVIKTE SIN EGEN DATTER PÅ DET VERSTE.
25. DET HANDLER OM ET TRAUME OG LØSNINGEN LIGGER I SPØRSMÅL OG SVAR OM HVA, HVORDAN OG HVORFOR.
- 26: NÅR HJELPEN IKKE KOMMER, MÅ STORESØSTER TA ANSVAR SOM EN JUDAS FOR Å VERNE SINE KJÆRE SØSKEN.
27. DEN LISTIGE FORBEREDELSEN I UVISSHET OG REDSEL FOR AGGRESJON OG STIGMA, ENDER MED AT DEN ANGSTFYLTE OVERGIR SEG TIL DE GODE HJELPERNE.

Tekst 1: 464 ord.

van Manens analyse trinn 1

Teamsetning: EN UVERDIG KAMP I ET INGENMANNSLAND.

Trinn 2: de fenomenologiske inntrykk:

Jeg måtte ringe rundt til leger siden han var svært dårlig og trengte hjelp. Jeg fikk han bare ikke til lege.

`å kjempe for å hjelpe`

Han var svært syk og (jeg) kontakta psyk.sykepleier. Spurte om hjelp. Men ingen hjelp å få.

`å komme til kort`

Krisepsykiatri, psykiatere i andre miljøer ved brann og ulykker i forskjellige situasjoner konfererer og kommer frem til løsninger om å yte best mulig hjelp. Vi fikk aldri hjelp. Vi har alltid måtte ordne opp selv.

`å kjenne seg sviktet`

Ba dem komme i sivil, men det gjorde de ikke. De kjørte i Svartemaja rett inn i gården rett utenfor 3 boligblokker.

`å bli krenket`.

"Vi er i ingenmannsland. Har ingen verdighet".

`å være uten verdi der mennesker ikke finnes`

Trinn 3: den selektive lesning.

Jeg fikk sjokk. Hvorfor, spør jeg. Ikke noe svar. Jeg var intetanende. Hva er der som skjer? Jeg gikk i sjokk enda en gang.

`Viser til at det å ikke finne sammenheng, er traumatisk`

Politiet var svært lite hyggelige (sure drittsekker). Han kom på glattcelle uten å ha drukket noe i det hele tatt.

`Viser til krenkelse`.

Så enkelt alt hadde vært om jeg hadde kommet med på stasjonen og forklart situasjonen, fått tak i en lege der og sendt han direkte til sykehuset.

`Viser til det rasjonelle og til egen styrke`

Først fyllearresten (uten å ha drukket). Så hjem, lege, politi og så sykehus.

Følte meg som en forræder. Skyldfølelse og forakt. Jeg var tom.

`Viser at det er viktig å forklare sammenheng og resultat`

Labovs analyse:

Innlending: Henvender seg direkte til leser om situasjon.

Orientering: Om relasjon, sykdomsuttrykk og egen innsats..

Innlending / Resymé: Konkret om forhistorien til hendelsen.

Plott: Om å blir fortalt via tredje person om en uforutsett og dramatisk hendelse.

Evaluerings / resultatet: Om egne sterke følelsemessige reaksjoner.

Orientering: Om det videre forløp, og at hun får innsikt andres feilaktige beslutninger.

Evaluerings: Om hvordan politiet fremstår.

Orientering: Om politiets feilvurdering og ansvarsfraskrivelse.

Vurdering: Om egentolking av sykdomsuttrykk.

Orientering: Om igjen å søke om hjelp.

Plott: Om å ikke få hjelp der og da og heller ikke før eller senere.

Orientering: Om å komme til kort, om fortsatt å kjempe for hjelp og deretter selv å måtte ta det hele ansvaret.

Plott: Utdyper det å komme til kort.

Orientering: Om å få hjelp av menigmann og politi, og om å komme til kort i ønske om at avhenting skal skje i verdige former.

Plott: Om stigmatisering og unødvendig maktbruk.

Orientering: Om ytre hendelsesforløp i det videre og egne (automatisk) handling.

Evaluerings / resultatet: Ser tilbake på situasjonen og vurderer hvordan den kunne forløpt hvis hun ble tatt med på råd, og setter det opp mot hvordan situasjonen forløp og resulterte i krenkelse, skyldfølelse, forakt, tomhetsfølelse og det å kjenne seg som forræder.

Avslutning / coda: At budskapet kun er en liten del av hennes historie som handler om dårlig erfaring med politiet, det å ikke få støtte, kjenne seg utstøtt og uten verdighet.

Ricoeurs tekstteori tilsier etter de to analysene:

Fordi hun kjenner seg krenket over ikke å nå fram i sin kamp for å få hjelp, formidles en erfaring fra politiassistert tvang i mange fortellinger, flettet i hverandre. Det er viktig for fortelleren å sette leseren inn i hele konteksten for å forklare, forsvare og formidle sin situasjon. Sli bekreftes hennes virkelighet. Det kan handle om hun ikke har bearbeidet disse opplevelsene og / eller at andre ikke har lyttet til hennes fortellinger.

Tekst nr 17 - 216 ord

van Manens analyse trinn 1: Teamsetning:

NÅR POLITIET ER DE GODE HJELPERNE, ER SMERTEN HOS DEN SYKE DET VONDE

Trinn 2: de fenomenologiske inntrykk:

De (politiet) har vært min beste støtte i vanskelige situasjoner – de har mange ganger stilt opp i sivil – for å avverge - Kanskje farlige situasjoner.

`å få hjelp i nød`

Som pårørende er det hjerteskjærende å se den redselen – han gir uttrykk for.

`å lide med, er å rammes av smerte`

Trinn 3: den selektive lesning:

De har uttrykt sin fortvilelse alltid, over å måtte vise seg foran et sykt menneske, som ikke forstår, hva galt han har gjort siden politiet kommer å skal "arrestere" ham, og mange ganger måtte – Lagt han i bakken.

`peker på at den gode hjelper er den som ser smerten til tross for det nødvendige`

Labovs analyse:

Innlending/ Resymé: Om sted, relasjon og budskap

orientering: Om erfaring med politiassistert tvang.

plott: Om egen smerte og trøsten fra politiet.

vurdering, evaluering og avslutning /coda i ett: Om omsorg og smerten over den sykes smerte.

Ricoeurs tekstteori tilsier etter de to analysene:

Det at teksten i et nøtteskall fremsetter smerte ved å utelate flere meningselementer forsterker inntrykket av fortvilelsen og paradokser i omsorgsrollen. På sett og vis er det et taust rop om aksept av det vonde og trangen til trøst.

Van Manen trinn 1: Teamsetning:

DET HANDLER OM ET TRAUME HVOR LØSNINGEN LIGGER I SPØRSMÅL OM OG SVAR PÅ
HVA, HVORDAN OG HVORFOR.

Trinn 2:

Hvem skal reagere på at politiet henter pasienter, fylkes legen eller ?

Hvilken kompetanse har politiet som tvangshenter pasienter?

`å stille leser til ansvar for svar`

Når pasientene blir hentet med tvang, kan de få langvarige traumer.

`å formidle det traumatiske`

Tinn 3

Mange leger velger politiet før frivillighet er prøvd.

`peker mot hvorfor`

Det står i loven at frivillighet skal prøves først og fremst.

`peker mot hva`

*Som pårørende til en pasient med dobbeltdiagnosen (rus/psyke.) opplever jeg
tvangsinnleggelse av politiet som meget traumatisk både for pårørende og pasient.*

`peker mot hvordan`

Det bør være et ambulerende helseteam som henter disse pasientene.

`peker mot svar`

Labovs analyse:

Plott: Henvender seg direkte til leser med to spørsmål som begrunnes med videre
forslag til løsning.

Evaluerings: Konsekvensen av uheldig praksis.

Vurdering: Om hvordan det bør være.

Evaluerings: Viser til egen erfaring.

Vurdering og coda i ett: Om konsekvenser for relasjoner i familien når helsevesenet
ikke tar ansvar.

Ricoeurs tekstteori tilsier etter de to analysene:

Det at fortelleren går rett til plottet ved samfunnskritikk kan tilsi at dette er forhold
som fortelleren har vurdert og bearbeidet over tid. Argumentene om traume ved
politiassistert tvang fremsettes og underbygges av egen erfaring og viser styrke og
også mot og sinne.